

SIMONE DA CUNHA HEINECK

**PERCEPÇÕES DOS DOCENTES
GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTER-
RUPÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

SIMONE DA CUNHA HEINECK

**PERCEPÇÕES DOS DOCENTES
GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTER-
RUPÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina como requisito para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientadora: Profa. Clair Castilhos Coelho

Co-Orientador: Yasser Jamil Fayad

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

Heineck, Simone da Cunha.
Percepções dos Docentes Ginecologistas/Obstetras da UFSC sobre Interrupção Legal da Gravidez
Heineck, Simone da Cunha. – Florianópolis, 2008.
89 p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade
Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1 – Aborto 2 – Código Penal brasileiro 3 – Sistema Único de Saúde

DEDICATÓRIA

**Em memória
às mulheres e aos fetos
vítimas do aborto trágico.**

Subcomandante Marcos lembra que a liberdade é como o amanhecer: alguns o esperam dormindo, mas outros acordam e caminham durante a noite para alcançá-lo – a todas as mulheres que lutaram e lutam por esse amanhecer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Fatima Carvalho da Cunha e Luiz Fernando Mahlmann Heineck por todo amor que sempre me deram e apoio incondicional a cada nova etapa de minha vida.

Agradeço às minhas irmãs Denise, Marina e Isadora pelo companheirismo e amizade verdadeira.

Agradeço a toda minha família, em especial minhas avós.

Agradeço ao meu namorado Yasser por tudo que me ensinou nesses oito anos de convívio, por todo seu amor e carinho. Agradeço, em especial, por sua orientação que foi essencial para a elaboração deste trabalho.

Agradeço às amigas que conquistei nesses seis anos de faculdade, em especial à Elaine, Eloísa, Livia, Maria Rosa e Simone B.

Agradeço à saudosa Liga de Saúde Pública, e a seus fiéis integrantes, cujo espaço pudemos aproveitar como único para discussões além do campo biológico da saúde.

Agradeço à professora Clair Castilhos Coelho por ter aceitado a orientação deste trabalho e por me mostrar os caminhos para a iniciação na luta feminista pela libertação das mulheres.

Agradeço aos docentes do Departamento de Tocoginecologia da UFSC que cederam seu tempo e se disponibilizaram a colaborar com essa pesquisa.

Por fim, agradeço às esquerdas radicais – em especial aos marxistas, que lutam por uma humanidade negadora de toda a barbárie e regida por valores generosos – pois compartilho com elas os mesmos desejos e dentre eles está o fim social do aborto trágico.

RESUMO

Introdução: No Brasil, nos últimos anos, a discussão sobre o aborto – por parte dos setores conservadores e liberais – tem se restringido a questões muito pontuais, como a modificação restrita da lei e sobre a dúvida de quando começa a vida. Há um enfoque reduzido sobre o porquê milhares de brasileiras se submetem aos riscos de um abortamento inseguro. Este estudo verifica que tais mulheres são vítimas de toda a barbárie que prevalece em nossa sociedade e que causa condições de miséria e exploração à maioria do povo brasileiro. As desigualdades sócio-econômicas, as repressões patriarcais e as opressões de gênero fazem parte de um todo que deixa sem opção milhares de mulheres que se deparam com uma gravidez indesejada – para elas, tanto a maternidade como o aborto constituem-se num ato trágico.

Objetivo: Compreender e avaliar os significados, as leituras e as análises da questão do aborto feitas por um grupo de docentes Ginecologistas/Obstetras da UFSC.

Método: Estudo envolvendo dez docentes do Departamento de Tocoginecologia da UFSC que ministraram aula no curso de Medicina no período 2006. Trata-se de uma pesquisa qualitativa orientada por uma entrevista semi-estruturada e por uma análise de conteúdo.

Resultados: Organizados em dez subseções que correspondem às respostas dos entrevistados à respectiva pergunta da entrevista semi-estruturada, sendo cada subseção composta por categorias e subcategorias. As percepções dadas pelos entrevistados são elementos importantes para a construção de uma crítica e, em certa medida, para o entendimento de como esses profissionais, especialistas da área de Ginecologia/Obstetrícia, encaram a questão do aborto, assim como a abordagem de tal tema no curso de graduação em Medicina – em que a ampla maioria analisa como deficitária.

Considerações finais: Abortar nunca foi uma escolha recheada de liberdade (no seu sentido prazeroso) para maioria das mulheres, e é com elas que a saúde pública (enquanto instância coletiva do processo saúde/doença e serviços de atendimento públicos) deve se preocupar. A Universidade Federal de Santa Catarina tem, pois, o dever de compreender esse cenário perverso da barbárie e de ajudar a construir uma nova saída para o trágico que necessariamente envolva menos sofrimento e que caminhe, na medida do possível, para a sua resolução definitiva.

Palavras-chave: Aborto; Código Penal brasileiro; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil, in recent years, discussion concerning abortion – on the part of both conservative and liberal groups – has been restricted to very specific questions, such as the modification of the law, and the issue of when life begins. There has been no focus on why thousands of Brazilian women submit themselves to the risks of an unsafe abortion. In the opinion of the present study, these women are victims of all the cruelty that exists in our society and which leaves the majority of the Brazilian people in miserable conditions and subject to exploitation. The socio-economic inequalities, patriarchal repression and the oppression of women comprise part of a whole that leaves thousands of women with no option but to bring to an end an unwanted pregnancy – for these women, both motherhood and abortion represent tragic acts.

Objective: To understand and examine the meanings, considerations and analyses on the question of abortion, among a group of Gynaecology/Obstetrics teaching staff at UFSC.

Method: The study involved ten members of staff from the Department of Gynaecology/Obstetrics at UFSC involved in teaching on the Medical course in 2006, and consisted of a qualitative investigation including a semi-structured interview and a content analysis.

Results: Organised in ten subsections corresponding to the responses given by the interviewees to the respective questions in the semi-structured interview, with each subsection consisting of categories and subcategories. The opinions given by the interviewees are important elements in the construction of a critical analysis and, to some extent, for an understanding of how these professionals, specialists in the area of Gynaecology/Obstetrics, face the question of abortion, as well as the approach taken to this theme on the undergraduate course in Medicine – which the broad majority consider to be deficient.

Final Comments: Termination was never a choice surrounded by freedom (in its most generous sense) for the majority of women, and it is with them that the public health service (as part of the health/disease process and public services) should be concerned. The Universidade Federal de Santa Catarina bears, then, the responsibility for understanding the cruelty of this perverse scenario and helping to build an alternative solution to the tragedy, which must involve less suffering and lead, wherever possible, to a definitive solution.

Key words: Abortion; Brazilian Penal Code; National Health System.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B.O.	BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DIU	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO
FEBRASGO	FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
HU	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
IBOPE	INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA
IML	INSTITUTO MÉDICO LEGAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
TCC	TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
UERJ	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. JUSTIFICATIVA.....	5
3. OBJETIVOS.....	6
3.1 Objetivo geral.....	6
3.2 Objetivos específicos.....	6
4. METODOLOGIA.....	7
4.1 Sujeitos do estudo.....	7
4.2 Coleta de dados.....	8
4.3 Análise dos dados.....	10
4.4 Procedimentos éticos.....	11
4.5 Limites da pesquisa.....	12
5. RESULTADOS.....	15
5.1 Primeira questão.....	19
5.1.1 Lei não incorpora os avanços da Medicina.....	19
5.1.2 Lei antiga, restritiva e que não exclui o delito.....	19
5.1.3 Concordam com a lei atual.....	20
5.1.4 Encaram com dificuldade a questão do aborto previsto em lei.....	20
5.2 Segunda questão.....	21
5.2.1 Avaliam como um número restrito de serviços.....	21

5.2.2 Avaliam como positivo o surgimento desses serviços.....	23
5.3 Terceira questão.....	23
5.3.1 Desconhecem o serviço de aborto legal do HU.....	23
5.3.2 Avaliam que o serviço de aborto legal do HU não funciona adequadamente.....	24
5.3.3 Avaliam que o serviço de aborto legal do HU funciona adequadamente.....	25
5.4 Quarta questão.....	25
5.4.1 Avaliam que as mulheres desconhecem o direito ao aborto legal no caso de gravidez resultante de estupro.....	26
5.5 Quinta questão.....	28
5.5.1 Empecilhos políticos, morais, culturais e religiosos.....	28
5.5.2 Estruturação de equipes.....	29
5.5.3 Desinformação sobre a Lei.....	30
5.5.4 Restrição da Lei.....	30
5.6 Sexta questão.....	30
5.6.1 A interrupção da gravidez por risco de vida materna é mais aceita pelos Ginecologistas/Obstetras.....	31
5.6.2 Acreditam não haver diferença entre interrupção da gravidez por risco de vida materna ou por estupro.....	32
5.7 Sétima questão.....	33
5.7.1 Realização do Boletim de Ocorrência e autorização judicial.....	33
5.7.2 Encaminham ao serviço de referência.....	34
5.7.3 Realiza o procedimento da interrupção.....	34
5.8 Oitava questão.....	34
5.8.1 Desconhecem a abordagem do tema.....	34
5.8.2 Avaliam como insuficiente a abordagem do tema.....	35
5.9 Nona questão.....	36
5.9.1 Não opinou.....	36
5.9.2 Contrários à legalização do aborto.....	36
5.9.3 A favor da legalização do aborto.....	37
5.10 Décima questão.....	41
6 DISCUSSÃO.....	43

6.1 Sobre o Código Penal Brasileiro e o Aborto.....	43
6.2 Sobre a Opressão de Gênero.....	48
6.3 Superando a Visão Conservadora e a Liberal: Por uma visão da totalidade concreta..	50
6.3.1 Sobre a Visão Conservadora.....	50
6.3.2 Sobre a Visão Liberal.....	55
6.4 Superando o Microscópio Médico.....	57
6.5 O Trágico como Dilema da Dor e do Sofrimento – O Ato de Abortar.....	67
6.6 O Corpo como Testemunha.....	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7.1 Socialismo ou Barbárie – Sobre a síntese de Luxemburgo.....	75
7.2 Sobre a resolução coletiva do trágico.....	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
NORMAS ADOTADAS.....	82
ANEXOS.....	83
Anexo I.....	84
Anexo II.....	86
Anexo III.....	88

PERCEPÇÕES DOS DOCENTES GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTERRUPÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ¹

Simone da Heineck²

Orientadora: Profa. Clair Castilhos Coelho³

1. INTRODUÇÃO

A escolha pelo tema Aborto* Legal veio da necessidade em se aprofundar tal assunto no interior da universidade – no caso a UFSC – principalmente entre os docentes e os estudantes de Medicina. O foco estritamente biológico dado a este tema não é capaz de discutir de maneira ampla os diversos fatores que levam milhares de mulheres ao ato de interromper uma gestação. Até hoje, nenhum trabalho de conclusão do curso de Medicina da UFSC se preocupou em debater a questão do aborto para além da visão biológica restrita. Inicialmente, objetivou-se compreender a percepção dos docentes Ginecologistas/Obstetras sobre os casos de aborto permitidos por lei (risco de vida materna e nos casos de gravidez resultante de estupro). Entretanto, mesmo com a existência da lei, desde 1940, o atendimento adequado às mulheres que se encontram nessas situações não é garantido. Sendo assim, esse estudo objetivou entender a questão do aborto como um todo, tanto o legal quanto aquele à margem da lei, uma vez que diversos fatores sociológicos e culturais relacionam-se diretamente com ambas as situações.

No Brasil, nos últimos anos, a discussão sobre o aborto – por parte dos setores conservadores e liberais – tem se limitado a questões muito pontuais, como a modificação restrita da lei, e sobre a dúvida de quando começa a vida. Há nessas leituras um enfoque reduzido/limitado sobre a essência do fenômeno no qual milhares de brasileiras se submetem aos riscos de um abortamento inseguro. Nesse estudo, optamos por buscar a essência desse fenômeno, onde as mulheres que abortam são, antes de tudo, vítimas da barbárie que prevalece em nossa sociedade e que causa

*Em português a palavra “aborto” corresponde ao produto da interrupção da gravidez, ato que recebe o nome mais correto de “abortamento”. Entretanto, o uso da palavra “aborto” como sinônimo de “abortamento” é tão generalizado que neste estudo a palavra “aborto” será utilizada com mais frequência como sinônimo de interrupção da gravidez.

¹Trabalho de Conclusão de Curso para fins de graduação no Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

²Estudante da décima primeira fase do Curso de Medicina da UFSC.

³Professora do Departamento de Saúde Pública - UFSC.

condições de miséria, opressão e exploração à maioria do povo brasileiro. As desigualdades sócio-econômicas, as repressões patriarcais e as opressões de gênero fazem parte de um todo que deixa sem opção milhares de mulheres que se deparam com uma gravidez indesejada – para elas, tanto a maternidade como o aborto constituem-se num ato trágico.

O presente estudo dará enfoque ao aborto praticado por milhares de mulheres, o que o torna, portanto, um problema de saúde pública. Aquelas de classes mais abastadas que podem optar por um aborto seguro, fora do Brasil ou em clínicas clandestinas, não serão aqui mencionadas, pois a discussão da atual situação do aborto no Brasil não pode se restringir apenas à possibilidade de mudança da lei e acesso ao aborto seguro, mas sim incluir a luta por mudanças sociais e culturais que modifiquem a situação de sub-vida da ampla maioria deste país. Dentre as lutas por um processo civilizatório está a superação de qualquer tipo de exploração e opressão (de classe, de gênero, culturais, etc). A pesquisa realizada pelo Ipas e UERJ¹ evidenciou que o abortamento é uma das principais causas de mortalidade materna e que há diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade do aborto. No mesmo estudo, nota-se o grande índice de mortes decorrentes por aborto inseguro nas regiões Norte e Nordeste, e que nessas regiões a curetagem uterina pós-abortamento é o segundo procedimento obstétrico mais realizado nas unidades de internação dos serviços públicos¹. Além disso, foi constatado que o aborto, como causa de mortalidade materna, apresenta um diferencial de taxas bem evidente entre as mulheres negras (9,4 óbitos/100.000 nascidos vivos) em relação às mulheres brancas (3,2 óbitos/100.000 nascidos vivos)¹.

Dados do Ministério da Saúde² mostram por que o aborto pode ser caracterizado como um problema de saúde pública – só em 2005 ocorreram 1620 mortes maternas (Razão de Mortalidade Materna = 53,37 mortes/100.000 nascidos vivos, sendo que esse número não inclui o fator de correção para os sub-registros), sendo que 150 foram por gravidez que terminou em aborto (ver tabelas no Anexo I). Do total de mortes maternas diretas – aquelas que ocorrem por complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas³, ou seja, preveníveis – no ano de 2005 aconteceram 1194 mortes, sendo que a 4ª causa foi por abortamento (ver tabela no Anexo I). O número de internações obstétricas no Brasil por abortamento entre os anos de 1995-2007 foi de 3.207.834, sendo que em 2007 foram registradas 229.493 internações pelo mesmo motivo (ver tabelas no Anexo I). Usando-se a metodologia do Instituto Allan Guttmacher⁴

para a estimativa de abortos provocados ($= \text{numero de internações por abortamento} \times 5 \times 1,125 \times 0,75$), pode-se estimar que em 2007 ocorreram aproximadamente 929.446 abortos provocados, ou seja, quase 1 milhão de casos em todo o Brasil.

Por ser crime no Brasil, o sistema de notificação dos abortos provocados é falho e, além disso, também não há um sistema de registros das sequelas em relação ao abortamento inseguro, mas sim apenas o número de óbitos e, mesmo assim, não há discriminação se a morte foi decorrente de um aborto espontâneo ou provocado. Não se sabe, portanto, quantas mulheres tiveram e têm seus corpos mutilados pelos riscos que se submetem para não levar uma gravidez a diante – são exemplos disso as infecções uterinas, hemorragias graves, histerectomia, infertilidade, dor pélvica crônica, problemas psicológicos, etc.

Pela importância de tal assunto para a realidade brasileira e a urgência por mudanças sociais e culturais nesse país é que se faz importante um estudo que avalie a abordagem sobre a questão do aborto no meio acadêmico. No presente estudo, serão analisadas as percepções de um grupo de docentes especialistas em Ginecologia e Obstetrícia da UFSC, visto que sua expressão é também criadora de produtos ideológicos, portanto influentes na produção e reprodução de valores político-culturais e na construção de sentidos comuns dentro e fora da academia. Saber o que esses docentes em especial pensam sobre o aborto é justificado no sentido de saber (pelo menos parcialmente) qual a expressão que a própria Universidade Federal de Santa Catarina dá a esse tema crucial para a formação dos seus acadêmicos. Demo⁵ nos instiga a refletir que:

“A universidade é uma instância socializadora: educa para a sociedade em que vive, forma homens adaptados às expectativas da estrutura dominante, evita conhecimentos indesejáveis. O bom aluno é aquele que aprende o que o professor ensina, que respeita a hierarquia, que se filia às correntes dominantes. Se recolocarmos aqui o problema da crítica como fenômeno fundamental da ciência, podemos entender por que sua prática é tão difícil. Uma visão coerente exigiria da universidade que fosse o lugar da crítica, onde a adesão ao professor precisa ser vista como fenômeno não desejável, onde a falta de contestação significa a vigência de um ensino opressor, onde a invenção de novo conhecimento é mais favorecida pela busca de alternativa, do que pela constante sacralização do passado e dos valores vigentes”. (Demo: 1982, 65).

Certamente uma formação crítica nos permitirá realizar a tarefa que cabe a todos aqueles que não se filiam às correntes dominantes, que é nada menos do que a construção da dignidade e

da justiça social nesse país. No setor saúde essa construção passa necessariamente por enfrentar, com criticidade, os problemas da saúde pública brasileira e dentre eles está a questão do aborto.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se uma vez que o curso de Medicina da UFSC necessita de debates e estudos que fomentem um melhor entendimento sobre as questões referentes ao aborto no Brasil. Tal postura possibilitará uma qualificação cada vez melhor de seus alunos, viabilizando a formação de um profissional comprometido com as necessidades e anseios da ampla maioria da população brasileira. Uma Universidade Federal e Pública que possui compromisso com a permanente construção da nação brasileira deve prover a possibilidade de que seu quadro docente possa apresentar suas percepções, que são fundamentais para a construção da informação e, principalmente, para a formação dos acadêmicos que serão futuros profissionais da saúde.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Conhecer as percepções dos docentes Ginecologistas/Obstetras da Universidade Federal de Santa Catarina sobre interrupção legal da gravidez.

3.2. Objetivos específicos

- Identificar a avaliação dos entrevistados sobre o atendimento às mulheres em situação de abortamento legal.
- Conhecer a opinião dos entrevistados a respeito de serviço de Aborto Legal do Hospital Universitário vinculado à UFSC.
- Conhecer a opinião dos entrevistados acerca do conhecimento das mulheres em situação de gravidez resultante de estupro sobre a possibilidade de interrupção legal da mesma.
- Avaliar, na percepção dos entrevistados, quais os fatores que dificultam a implementação dos serviços de Aborto Legal nos hospitais públicos brasileiros.
- Verificar se, na percepção dos entrevistados, há diferença na forma como os Ginecologistas/Obstetras encaram os dois permissivos da lei para interrupção da gravidez (risco de vida materna e estupro).
- Conhecer a conduta dos entrevistados frente à solicitação da interrupção da gravidez em caso de estupro.
- Identificar a abordagem do tema Aborto Legal no curso de graduação em Medicina da UFSC.
- Conhecer a opinião dos entrevistados sobre a legalização do aborto no Brasil.

4. METODOLOGIA

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa qualitativa, utilizando-se a técnica da entrevista semi-estruturada. Pope e Mays⁶ lembram que a pesquisa qualitativa possui a vantagem de estudar indivíduos em seus ambientes naturais, com sua própria linguagem e termos. Ainda segundo Minayo⁷, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares – ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

As expressões discursivas oriundas das entrevistas coletadas nessa pesquisa, ou seja, os discursos serão encarados como representações dos autores (suas obras por assim dizer). A ligação dessa obra a uma visão de mundo não se constitui, portanto, numa verdade absoluta, afinal de contas o discurso é uma representação que como tal pode conter níveis distintos de fidelidade com o que o autor realmente pensa/ pensa fazer/ faz.

Na segunda tese sobre Feuerbach, Marx⁸ afirma que é na práxis que o homem deve demonstrar a verdade, isto é, a realidade e o poder, o caráter terreno de seu pensamento, ou seja, a prática é encarada como critério de verdade. O discurso em si não é capaz de afirmar se a ligação com uma visão de mundo se dá ou não e como se dá na práxis humana do entrevistado (realidade terrena), contudo nos possibilita entrar no conteúdo dessas representações. Essa pesquisa cumpre, portanto, o papel de expor as representações que os docentes Ginecologistas/Obstetras entrevistados têm sobre o tema questionado.

4.1 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os docentes do Departamento de Tocoginecologia da UFSC numa amostra intencional. Sendo estabelecido como critérios de inclusão dos entrevistados:

- 1º Ser professor efetivo do Departamento de Tocoginecologia da UFSC.
- 2º Ter ministrado aulas no módulo Saúde da Mulher no ano de 2006.

Como critério de exclusão:

1º Não estar de licença no período da entrevista.

Para tanto, a pesquisadora solicitou pessoalmente ao Departamento de Tocoginecologia da UFSC a relação dos docentes que cumprem os critérios de inclusão expostos acima, doze docentes cumpriram os critérios de inclusão, no entanto um docente foi excluído por estar de licença para conclusão do Doutorado e outro docente se recusou, por motivos próprios, a participar da pesquisa. Obteve-se, assim, um total de dez docentes que cumpriram os requisitos para participar desse estudo.

A vantagem da amostra intencional no nosso estudo é que esta possibilita a utilização de pequenas amostras para a obtenção dos dados, ao mesmo tempo em que é capaz de fotografar razoavelmente o quadro das percepções daqueles docentes responsáveis pela transmissão de conhecimento em Ginecologia/Obstetrícia ao curso de Medicina da UFSC no ano de 2006.

Todos os entrevistados foram convidados pessoalmente pela pesquisadora a participarem desse estudo. Foi assegurado a todos o direito de esclarecimento, além da exposição dos preceitos éticos que guiam essa pesquisa.

4.2 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora utilizando-se de um aparelho digital manual com gravador de áudio (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R gravando no formato WAV), que foi previamente acordado com os entrevistados, sendo que nenhum recusou o uso do aparelho. Para salvaguardar o anonimato dos docentes participantes da pesquisa foi utilizado, para fins de publicação, o uso de símbolos para a sua diferenciação. Foram, desta maneira, apresentados os docentes pela letra maiúscula D (referindo-se a “Docente”) com a numeração dada aleatoriamente de 1 a n, sendo n o número final de entrevistados (por exemplo: D1, D2, D3... Dn).

Os participantes foram interpelados pela pesquisadora de acordo com os critérios mencionados na subseção anterior, as entrevistas foram conduzidas no ambiente de trabalho destes docentes, ou seja, nas dependências da universidade ou em seus consultórios particulares. As entrevistas foram realizadas no período de março a junho de 2007, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da UFSC, registrado sob o número 364/07.

A técnica utilizada para coleta de dados foi a da entrevista semi-estruturada que se caracteriza, segundo Britten⁶, por possuir uma base estruturada solta que consiste em questões abertas que delimitam a área a ser explorada inicialmente pelo pesquisador. Esse estudo se caracteriza pela articulação de questões que possibilitam a livre expressão do entrevistado sobre o tema, sem que o objetivo da pesquisa se perca durante a entrevista. Essa técnica foi guiada em profundidade pelo seguinte roteiro:

- 1- O Código Penal de 1940 (art.128) traz como permissivos da lei a possibilidade de interromper a gestação em caso de risco de vida da mulher e nas situações decorrentes de estupro. Qual a sua opinião sobre a interrupção da gravidez prevista em lei (Aborto Legal) no Brasil?
- 2- Após 50 anos da lei, foi inaugurado o primeiro serviço de Aborto Legal e até 2004 existiam em todo país apenas trinta e sete serviços (fonte: Talib,Rosângela Aparecida Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004), São Paulo, 2005). Como o Sr/Sra avalia o atendimento às mulheres em situação de abortamento legal?
- 3- Santa Catarina foi o último Estado da Região Sul a ter um Serviço de Aborto Legal. O HU-UFSC iniciou o atendimento em 2002 e, até 2007, foram realizadas sete interrupções decorrentes de estupro e várias outras por risco de vida materna (fonte: Divisão de Tocoginecologia do HU-UFSC). Você acha que o serviço está funcionando adequadamente?
- 4- Na sua opinião, as mulheres em situação de gravidez decorrente de estupro têm conhecimento do direito à interrupção legal da mesma?
- 5- Quais as dificuldades/empecilhos para a implementação do serviço de Aborto Legal nos hospitais públicos brasileiros, na sua opinião?
- 6- Dentre as duas possibilidades previstas em lei (risco de vida materna e estupro), na sua opinião, há diferença na forma como os Ginecologistas/Obstetras encaram essas situações? Por quê?
- 7- No caso de uma paciente procurar o Sr/Sra com história de gravidez decorrente de estupro, qual a sua conduta?
- 8- Como o Sr/Sra avalia a abordagem do tema Aborto Legal no curso de graduação em Medicina?
- 9- A exemplo de outros países, onde o aborto é tratado como um direito inerente à cidadania feminina, o Sr/Sra acha que o mesmo deveria acontecer no Brasil? Por quê?
- 10- Espaço aberto para comentários.

O teor das questões expostas nesse roteiro só foi conhecido pelos entrevistados no momento da entrevista quando lhes foi entregue uma folha contendo o questionário descrito acima (Anexo II), para que os mesmos visualizassem as questões.

4.3 Análise dos dados

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo de caso, tendo como objeto de estudo as percepções dos docentes entrevistados acerca da questão do aborto. Todas as entrevistas foram captadas de forma individualizada.

A análise dos dados foi feita através da análise de conteúdo das percepções dos entrevistados com o objetivo de compreender suas visões em relação ao aborto no Brasil. Segundo Minayo⁷, a análise de conteúdo parte da literatura num primeiro instante para chegar a níveis mais profundos, transpondo os significados manifestos; para isso relaciona estruturas semânticas com estruturas sociológicas dos enunciados⁷.

O processamento dessa análise se dará sob orientação de Bardin⁹ da seguinte forma:

1) A pré-análise é um momento de organização com a finalidade de operacionalizar e sistematizar as idéias para o bom desenvolvimento das operações seguintes. Ela é composta por:

a) Uma leitura flutuante da transcrição na íntegra das entrevistas com o objetivo de se familiarizar e deixar-se invadir pelas impressões imediatas. Minayo⁷ lembra que, nessa fase, as dinâmicas entre as hipóteses iniciais emergentes e as teorias ligadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais clara e capaz de transpor a sensação de caos inicial.

b) Escolha e definição do *corpus* do documento. Um *corpus* é um grupo de documentos que serão submetidos à análise, o que implica em escolhas, regras e seleções – nesse estudo realizado pela seleção de trechos das entrevistas. Minayo⁷ descreve essas regras com exaustividade (que contempla os aspectos apontados no roteiro), representatividade (que contenha a representação do universo pretendido), homogeneidade (que siga critérios precisos de seleção em termos de temas, técnicas e interlocutores) e pertinência (os textos analisados devem ser adequados aos objetivos do trabalho).

c) Formulação de hipóteses e objetivos. As hipóteses são assertivas provisórias que nos propomos a ratificar ou retificar recorrendo aos procedimentos de análise. Os objetivos são as finalidades a que nos propomos. Minayo⁷ lembra que nessa fase define-se a unidade de registro

(palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (envolve a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos gerais que direcionaram a análise.

d) Preparação do material é a edição dos textos, num enquadramento formal alinhado, no nosso caso, pelas questões dadas na entrevista semi estruturada.

2) Exploração do material: trata-se da análise propriamente dita, essa fase consiste essencialmente na codificação, ou seja, na transformação dos dados brutos (orientado por regras precisas) em unidades que permitam atingir uma descrição exata dos caracteres que nos interessam no conteúdo dos entrevistados.

3) Tratamento dos resultados.

O método também se desdobra em outras três técnicas principais propostas por Bardin⁹, sendo que algumas delas podem ser utilizadas mutuamente:

a) Análise categorial é uma técnica que se caracteriza pela operação de classificação por elementos constitutivos, inicialmente diferenciando os vários elementos e depois agrupando os comuns por analogias. Esses agrupamentos (classes) podem ser semânticos como as categorias temáticas que usamos nessa pesquisa.

b) Análise da enunciação: é uma técnica que parte da concepção da comunicação como processo e não como dado – esquia-se das estruturas/elementos formais. Ela compreende o discurso como não acabado, como produto da espontaneidade e do constrangimento, recheado de contradições, incoerências e imperfeições.

c) Análise do discurso: é uma técnica que se inscreve numa sociologia do discurso como uma procura por conexões entre posições políticas com as manifestações semânticas dadas no discurso.

A redação final do trabalho foi iniciada em março de 2008 e finalizada em maio de 2008.

4.4 Procedimentos éticos

Todos os entrevistados foram convidados pessoalmente pela pesquisadora a participarem deste estudo, sendo-lhes explicado, por ocasião do convite, os objetivos do trabalho e aberta a possibilidade de quaisquer esclarecimentos a respeito. Foi também ressaltado o comprometimento da pesquisadora em seguir preceitos éticos, de garantir o anonimato dos participantes e de só divul-

gar os dados mediante seu consentimento. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III), cujo teor foram plenamente informados e receberam uma cópia do mesmo onde contém os canais de comunicação com os pesquisadores.

Os dados coletados através da entrevista semi estruturada por um aparelho digital com gravador de áudio manual (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R gravando no formato WAV) foram arquivados e guardados para análise, sendo que o seu acesso foi supervisionado pela autora por meio de uma senha conhecida apenas pela mesma. Foi garantida a privacidade e sigilos necessários para a realização de uma pesquisa destas características. Todos os participantes dessa pesquisa foram esclarecidos sobre seus objetivos e assegurado a privacidade de suas identidades, como demais direitos previstos no Termo de Consentimento (Anexo III).

Este trabalho não pretende beneficiar diretamente os participantes da pesquisa, mas tem o compromisso de gerar e sistematizar informações e conhecimentos para o grande grupo da escola médica e também para outros cursos de saúde da UFSC.

4.5 Limites da pesquisa

Como parte de um discurso das competências que atravessa essa pesquisa é papel da autora dimensionar os limites da mesma. Esse ato não diminui a grandeza do trabalho, apenas aponta algumas de suas fraquezas e tenta, na medida do possível, justificá-las. Relembramos aqui o que expomos na metodologia e na discussão: que o objeto de pesquisa pode não ser congruente com o que realmente o entrevistado pensa / pensa fazer / faz, não me refiro somente a uma má fé em torno das respostas, mas sim ao leque das possibilidades de “obra discursiva” estar distante do seu autor. Seria ingenuidade crer que a apresentação (nesse estudo através do discurso) represente o concreto, mesmo naquele momento histórico. Temos como limites da pesquisa:

1º Apesar de querermos captar a percepção desses docentes entrevistados sobre a interrupção legal da gravidez, o limite de questões não consegue abarcar toda a esfera dessa percepção.

2º O limite de docentes entrevistados invalida uma conclusão mais generalizadora, mesmos os aspectos particulares (comuns a dois ou mais docentes entrevistados) e singulares (comum a apenas um docente entrevistado) ficam resumidos a esse grupo de entrevistados.

3º Como foi utilizado como técnica de coleta um aparelho digital manual com gravador de áudio (*Walkman* digital modelo OR- 730 da Orange^R), é possível que essa técnica de coleta tenha inibido alguns participantes.

4º Quanto a possíveis vieses nas entrevistas Britten⁶ assinala alguns que consideramos possíveis de ter ocorrido nessa pesquisa como: interrupções externas, distrações e o medo de estar em foco por parte dos entrevistados. Pelo fato de as entrevistas terem sido colhidas no ambiente de trabalho (maior comodidade ao entrevistado), é preciso registrar aqui que as interrupções acabaram sendo inevitáveis em algumas entrevistas.

5º O fato de o entrevistado só tomar conhecimento do teor exato do questionário na hora da entrevista e o fato de não poder rever suas repostas depois de transcritas para retificarem ou ratificarem suas percepções se constitui num limite dessa pesquisa. A justificativa para essa forma de coleta de dados ter sido escolhida se deve mais à conveniência do que a escolha metodológica. O envio do questionário por e-mail não se justificaria, porque não teríamos certeza de que todos o leriam, para não criar disparidades optamos por apresentá-lo no momento da entrevista.

Faz-se necessário um momento de denúncia sobre o limite imposto ao pesquisador acadêmico para a construção de uma pesquisa mais aprofundada, dada a carga horária imposta pelo curso de Medicina da UFSC. Não existe na nossa carga horária espaço temporal definido para o TCC, nem mesmo uma orientação adequada provinda da coordenação do curso sobre o mesmo, apenas nos é informado a data em que devemos entregá-lo. Essa política explicita bem a importância que esse curso presta à pesquisa.

Konder¹⁰ afirma que a história da ciência não passa de um aspecto vivo da história geral da humanidade e se acha estreitamente vinculada a esta, participando de seus impasses, avanços e tropeços – seria ingênuo supor sempre uma nítida oposição entre ciência e pensamento ideológico comprometido com a alienação. Esse é um trabalho pautado por uma visão de mundo e uma concepção metodológica que compreende a ciência como um espaço também de luta ideológica. Nesse sentido, faz-se necessário dizer que não é um limite dessa pesquisa a crítica e a direção expressa pela mesma. Não optamos por fazer uma crítica às percepções pela crítica, ou seja, sem apontar o rumo que julgamos indispensável para a questão do aborto no Brasil. Esse estudo é destinado àqueles e àqueles que se comprometem a usar a criatividade e todas as suas forças para transformarem a realidade a favor do povo (significando aqui, como em todo esse texto, o oposto da palavra elite).

Desejamos que, apesar dessas limitações supracitadas, essa pesquisa seja uma contribuição, ainda que singela, para entendermos o pano de fundo das percepções que cercam o ato de abortar – como saída trágica para muitas mulheres brasileiras – e também o papel que a docência representa no cenário político.

5. RESULTADO

A autora solicitou pessoalmente ao Departamento de Tocoginecologia da UFSC a lista com os nomes dos docentes que se enquadram nos dois critérios de inclusão dessa pesquisa (descritos na seção 4.1). Doze docentes cumpriram os critérios de inclusão, no entanto um docente foi excluído por estar de licença para conclusão do Doutorado e outro docente se recusou, por motivos próprios, a participar da pesquisa. Obteve-se, assim, um total de dez docentes que cumpriram os requisitos para participar desse estudo.

Os entrevistados estão descritos como D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9 e D10 (sendo D de “Docente”), a numeração foi dada aleatoriamente e cumpre o salvaguardo de anonimato dos entrevistados (descrito na subseção 4.4). Abaixo seguem as dez subseções com suas respectivas categorias, sintetizadas no quadro abaixo:

5.1 Quando questionados sobre: O Código Penal de 1940 (art.128) traz como permissivos da lei a possibilidade de interromper a gestação em caso de risco de vida da mulher e nas situações decorrentes de estupro. Qual a sua opinião sobre a interrupção da gravidez prevista em lei (Aborto Legal) no Brasil?	5.1.1 Categoria: Lei não incorpora os avanços da Medicina.
	5.1.2 Categoria: Lei antiga, restritiva e que não exclui o delito.
	5.1.3 Categoria: Concordam com a lei atual.
	5.1.4 Categoria: Encaram com dificuldade a questão do aborto previsto em lei.

<p>5.2. Quando questionados sobre: Após 50 anos da lei, foi inaugurado o primeiro serviço de Aborto Legal e até 2004 existiam em todo país apenas trinta e sete serviços (Fonte: Talib, Rosângela Aparecida Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004), São Paulo, 2005). Como o Sr/Sra avalia o atendimento às mulheres em situação de abortamento legal?</p>	<p>5.2.1 Categoria: Avaliam como um número restrito de serviços.</p>
	<p>5.2.2 Categoria: Avaliam como positivo o surgimento desses serviços.</p>
<p>5.3 Quando questionados sobre: Santa Catarina foi o último Estado da Região Sul a ter um Serviço de Aborto Legal. O HU-UFSC iniciou o atendimento em 2002 e, até 2007, foram realizadas sete interrupções decorrentes de estupro e várias outras por risco de vida materna (fonte: Divisão de Tocoginecologia do HU). Você acha que o serviço está funcionando adequadamente?</p>	<p>5.3.1 Categoria: Desconhecem o serviço de aborto legal do HU.</p>
	<p>5.3.2 Categoria: Avaliam que o serviço de aborto legal do HU não funciona adequadamente.</p>
	<p>5.3.3 Categoria: Avaliam que o serviço de aborto legal do HU funciona adequadamente.</p>

<p>5.4 Quando questionados sobre: Na sua opinião, as mulheres em situação de gravidez decorrente de estupro têm conhecimento do direito à interrupção legal da mesma?</p>	<p>5.4.1 Categoria: Avaliam que as mulheres desconhecem o direito ao aborto legal no caso de gravidez resultante de estupro.</p>
<p>5.5 Quando questionados sobre: Quais as dificuldades/empecilhos para a implementação do serviço de Aborto Legal nos hospitais públicos brasileiros, na sua opinião?</p>	<p>5.5.1 Categoria: Empecilhos políticos, morais, culturais e religiosos.</p>
	<p>5.5.2 Categoria: Estruturação de equipes.</p>
	<p>5.5.3 Categoria: Desinformação sobre a lei.</p>
	<p>5.5.4 Categoria: Restrição da lei.</p>
<p>5.6 Quando questionados sobre: Dentre as duas possibilidades previstas em lei (risco de vida materna e estupro), na sua opinião há diferença na forma como os Ginecologistas/Obstetras encaram essas situações? Por quê?</p>	<p>5.6.1 Categoria: A interrupção da gravidez por risco de vida materna é mais aceita pelos Ginecologistas/Obstetras.</p>
	<p>5.6.2 Categoria: Acreditam não haver diferença entre interrupção da gravidez por risco de vida materna ou por estupro.</p>

5.7 Quando questionados sobre: No caso de uma paciente procurar o Sr/Sra com história de gravidez decorrente de estupro, qual a sua conduta?	5.7.1 Categoria: Realização do Boletim de Ocorrência e autorização judicial.
	5.7.2 Categoria: Encaminham ao serviço de referência.
	5.7.3 Categoria: Realiza o procedimento da interrupção.
5.8 Quando questionados sobre: Como o Sr/Sra avalia a abordagem do tema Aborto Legal no curso de graduação em Medicina?	5.8.1 Categoria: Desconhecem a abordagem do tema.
	5.8.2 Categoria: Avaliam como insuficiente a abordagem do tema.
5.9 Quando questionados sobre: A exemplo de outros países, onde o aborto é tratado como um direito inerente à cidadania feminina, o Sr/Sra acha que o mesmo deveria acontecer no Brasil? Por quê?	5.9.1 Categoria: Não opinou.
	5.9.2 Categoria: Contrários à legalização do aborto.
	5.9.3 Categoria: A favor da legalização do aborto.
5.10 Espaço aberto para comentários.	

5.1 Quando questionados sobre: O Código Penal de 1940 (art.128) traz como permissivos da lei a possibilidade de interromper a gestação em caso de risco de vida da mulher e nas situações decorrentes de estupro. Qual a sua opinião sobre a interrupção da gravidez prevista em lei (Aborto Legal) no Brasil?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.1.1 Categoria: Lei não incorpora os avanços da Medicina.

A leitura de que o Código Penal de 1940 é desatualizado e de que nesse período (1940-2007) houve grandes avanços da Medicina é expresso por três docentes, os quais sugerem a inclusão legal da interrupção nos casos de malformações fetais incompatíveis com a vida:

Eu acho que o que está previsto em lei está perfeito, mas ao longo dos últimos anos a Medicina teve acréscimos diagnósticos importantíssimos em que se tem a possibilidade de se fazer diagnósticos de malformações fetais incompatíveis com a vida numa fase precoce da gestação onde se poderia interromper a gravidez com toda tranquilidade; só que a defasagem entre a data da lei e aquilo que se faz na Obstetrícia moderna precisaria realmente ser revisto, ampliado dentro de um aspecto, no meu ponto de vista, moral e ético, porque eu acho desumano você dar um diagnóstico de mal formação fetal incompatível com a vida, a mãe criar toda aquela expectativa de sentir uma criança mexendo no seu ventre, e saber que aquela criança não irá sobreviver, eu acho que isso é uma tortura que se impõem . D1

Que ela precisa ser atualizada com os novos conhecimentos científicos, com as novas possibilidades de diagnóstico, principalmente de crianças inviáveis (...). D2

Primeiro eu acho que ela é incompleta e, 1940, muita coisa mudou de lá pra cá. Eu acho que um outro ponto que deveria ser muito bem pensado em relação ao aborto na parte médica é em casos de gestações com fetos inviáveis, por exemplo, se você tem anencefalia, se você tem agenesia renal, você sabe que são duas situações incompatíveis com a vida, e pela lei você teria que deixar essa gravidez evoluir até o final. D9

5.1.2 Categoria: Lei antiga, restritiva e que não exclui o delito.

As percepções que os entrevistados defendem é a de que o artigo 128 é muito restrito, pois o médico não deixa de cometer um delito (o aborto), ele apenas não será punido diante desses permissivos. Essa visão é compartilhada pelos docentes D3 e D6:

(...) o artigo 128 fala que não se pune o aborto, isso não quer dizer que não seja um delito, ou seja, apesar de você poder praticar em condições em que você não tem outra opção de salvar a vida da mãe e em condições de uma violência, de um abuso sexual confirmado do ponto de vista de exa-

me, ele ainda passa a ser um delito, só apenas o médico não é punido. Então, eu acho que isso é uma coisa realmente retrógrada, que teria que ser mudada essa lei, porque não haveria sentido de ela estar escrita dessa forma. D3

(...) a lei é muito restritiva. Na verdade, só em você ler que o texto diz "não se pune", o que quer dizer que, já está colocando no texto da lei, que não que ele seja permitido, simplesmente que ele não vai ser punido. D6

O docente D6 ainda ressalta que esta condição proporciona constrangimento às mulheres que procuram o serviço de Aborto Legal, e que mesmo nesses casos é difícil conseguir a interrupção:

Eu acho que é muito restrito, que a mulher se sente constrangida em procurar um serviço médico, e mesmo nesses casos é difícil de conseguir o aborto. Então, eu acho que ela (**a lei**) é muito restrita, antiga e sem sentido. D6

5.1.3 Categoria: Concordam com a lei atual.

A percepção de que essas duas situações permitidas por lei são, de modo geral, satisfatórias e que, portanto, a lei está adequada, é compartilhada pelos docentes D5, D7 e D10:

(...) eu acho que a interrupção prevista em lei é uma garantia pra mãe de que, nessas duas situações, pelo menos aqui no país, ela tenha condições de ter algum tipo de auxílio, de ajuda. D5

O docente D5 ressalta como positivo a não necessidade do boletim de ocorrência nos casos de interrupção da gravidez decorrente de estupro, uma vez que facilita o procedimento:

Hoje em dia até nem é necessário mais, nos casos de estupro, o boletim de ocorrência que se fazia na polícia, então esse documento também já não é nem mais necessário até pra facilitar esse tipo de procedimento às mulheres que acontecem esse tipo de situação. Eu acho que essa lei é uma lei correta. D5

Eu concordo, eu acho que diante dessas possibilidades, sim... Eu acho que está adequada. D7

Eu acho que isto está de acordo, agora se você for discutir se isso é suficiente você vai ter outras questões, mas que são mais pontuais, que devem ser discutido individualmente, mas a lei de uma forma geral eu acho que ela atende a necessidade. D10

5.1.4 Categoria: Encaram com dificuldade a questão do aborto previsto em lei.

Essa categoria engloba a dificuldade dos docentes em lidar com o aborto legal, devido a convicções próprias:

Na verdade, a questão de aborto pra mim é uma coisa que está muito difícil, porque eu sou uma pessoa com firmes convicções da vida, a vida em primeiro lugar. Se a vida da gestante estiver comprometida, e for a última opção, eu sou a favor do aborto – mas eu não vou dizer que eu faria o aborto, eu tenho grandes problemas quanto a isso. D4

Olha, pra mim essa situação de aborto é muito complicada e, pra mim pessoalmente, não está resolvida, e por que pra mim é uma situação complicada? Porque aborto pra mim, na verdade, eu estou matando uma pessoa, isso está bem claro. Então, nessa lei aqui, que ainda está vigente, quando ainda não tem outro meio de salvar a vida da paciente, eu acho que tudo bem, eu acho que concordo bastante com essa lei. E em caso de estupro é uma situação muito complicada. D8

5.2. Quando questionados sobre: Após 50 anos da lei, foi inaugurado o primeiro serviço de Aborto Legal e até 2004 existiam em todo país apenas trinta e sete serviços (Fonte: Talib, Rosângela Aparecida Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004), São Paulo, 2005). Como o Sr/Sra avalia o atendimento às mulheres em situação de abortamento legal?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.2.1 Categoria: Avaliam como um número restrito de serviços.

A percepção de que o número de serviços é inadequado para suprir a demanda é compartilhada pela maioria dos docentes:

Isso tem que ser melhorado, porque esse é um direito da mulher, tem respaldo legal, e isso precisaria ser incrementado e ser oferecido às mulheres naqueles lugares aonde não tem, quer dizer, esse número de 37 é muito pequeno para um país desse tamanho. D2

O fato de ter um local específico, já ter uma equipe treinada – porque eles já estão preparados, até psicologicamente, para que esse procedimento seja realizado – eu acho que seria um direcionamento certo, acho que isso aqui é uma coisa boa, se tivesse mesmo em todo Brasil. D4

É muito pouco, claro. D8

Acredito que esses postos de serviços provavelmente não estejam numa localização que permitam que todas as mulheres tenham alcance. D10

Alguns docentes ressaltam que esse procedimento deveria ser oferecido em todos os hospitais:

Eu acho que isso é um fator dificultador para aquelas mulheres que tem seu aborto dentro da forma legal prevista, eu acho que todos os hospitais públicos, pelo menos, deveriam realmente atender essas pacientes. D1

(...) ele não necessariamente precisa ser realizado num desses trinta e sete serviços. Poderia ser num hospital público, mas havendo trinta e sete serviços legalizados, digamos assim, de aborto legal, é uma situação muito conflitante, muito prejudicial para essas mulheres. D5

Toda maternidade deveria, do meu ponto de vista, contar com algumas pessoas que realmente participassem desse tipo de atendimento, porque é uma coisa que é necessária. Aqui no HU, ele é um hospital onde realmente se pode fazer esse tipo de trabalho, mas existem vários hospitais, principalmente no interior, em que às vezes até pode ser feito, mas ele é feito escondido, porque o médico não quer se expor, a instituição não quer se expor. D7

(...) você deveria ter instituições em cada cidade, ou pelo menos nas principais cidades, que se comprometessem a isso... Então, eu penso que no momento, esse serviço de abortamento legal não existe, praticamente, na maioria das cidades. D9

Acho que esses postos, eles devam na verdade estar dentro de cada hospital, cada hospital deve ter sua autonomia para poder realizar esse tipo de problema (...). D10

Três docentes falam da dificuldade de adesão dos médicos para proceder mesmo nos casos previstos em lei:

(...) por conta de formação religiosa alguns obstetras, mesmo dentro daquilo que a lei prevê e permite, não aceitam fazer a interrupção. Isso é um direito do médico em não realizar uma coisa que ao nível da consciência – seja religiosa, moral – ele não aceita, mas dentro do corpo clínico alguém deverá executar isso, pra que a paciente tenha atendido as suas necessidades. D1

Eu acho que talvez exista uma dificuldade de se ter acesso a esses serviços, porque os hospitais não se abrem muito para esse tipo de atendimento – mas é um direito que o paciente tem, e por outro lado não é uma obrigação do médico. D7

Apesar de a lei estar prevendo principalmente nessas duas situações, eu vejo muitas vezes até próprios colegas que se negam a fazer o abortamento dentro dessas duas situações. D9

A percepção de que as mulheres são mal atendidas nos serviços de saúde, a dificuldade de acesso dessas mulheres por se sentirem discriminadas e culpabilizadas, é trazida pelo docente D6:

(...) eu sinto que mesmo para as mulheres que teriam direito a ter o aborto pela lei no Brasil – que já são poucas – elas não conseguem esse procedimento como deveriam. Por exemplo, a mulher que é estuprada, ela às vezes não procura atendimento; às vezes tem vergonha; às vezes quando vai procurar atendimento já é muito tarde; às vezes o médico está mal informado e não vai fazer, ou acha que ela tem que conseguir sei lá que tipo de documento, que tipo de autorização, e quando vai fazer o aborto, já é muito tarde. Ela se sente julgada – e ela é julgada – ela é sempre culpabilizada. Toda a questão do aborto, quando você vai discutir com pessoas leigas ou não, é sempre a

mulher que é culpada, é sempre a mulher que engravidou – parece que toda mulher que pratica aborto engravidou por ser uma vagabunda. Nos casos de estupro também acontece, nos serviços onde ela é atendida, não vejo que ela seja adequadamente acolhida... Tem um monte de procedimentos, a mulher se sente julgada, se sente mal, e nem todo mundo oferece. D6

5.2.2 Categoria: Avaliam como positivo o surgimento desses serviços:

A importância da implementação dos serviços de referência para o abortamento legal e, em conjunto, a ação das delegacias de atendimento às mulheres e a mudança de papel da sociedade no sentido de denunciar a violência contra a mulher, é ressaltada pelo docente D3:

Eu acho que melhorou bastante, eu estou formado há 20 anos e eu me recordo que há 15 anos, mesmo em situações em que a mulher corria risco de vida, e que tinha uma história de violência sexual, até que ela conseguisse todos os papéis que realmente confirmassem que havia sido uma violência, suspendia um tempo muito grande e não raro essas pacientes chegavam em fases mais avançadas da gravidez em que você não tinha mais condições de realizar isso. Nos últimos 5 anos, principalmente com as delegacias de atendimento à mulher, com a divulgação do que seria a violência contra a mulher, com o posicionamento da sociedade, não sendo machista, não sendo cúmplice – de realmente denunciar a violência contra a mulher – essas mulheres têm sido atendidas de uma forma um pouco mais objetiva e, principalmente, ágil, que é o grande elemento pra gente. D3

Entretanto, o mesmo docente volta à questão da restrição do artigo 128:

(...) o que não mudou ainda foi a questão do artigo 128, porque, apesar de tudo isso, eu posso me negar no momento em que essa interrupção, ela está realmente respaldada, a me negar a fazer o procedimento. Então, ainda vejo isso com um pouco de dificuldade. D3

5.3 Quando questionados sobre: Santa Catarina foi o último Estado da Região Sul a ter um Serviço de Aborto Legal. O HU-UFSC iniciou o atendimento em 2002 e, até 2007, foram realizadas sete interrupções decorrentes de estupro e várias outras por risco de vida materna (fonte: Divisão de Tocoginecologia do HU). Você acha que o serviço está funcionando adequadamente?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.3.1 Categoria: Desconhecem o serviço de aborto legal do HU.

Aqui evidencia-se desconhecimento por parte dos docentes – que ministram aulas na UFSC – a respeito do serviço de interrupção legal da gravidez do HU-UFSC:

Eu não posso te dizer aquilo que se refere ao HU. D1

Eu não tenho conhecimento para te responder isso. D2

Na resposta à pergunta anterior o entrevistado desconhece a existência de um serviço de aborto legal em Florianópolis:

(...) esse número de 37 é muito pequeno para um país desse tamanho, evidentemente na nossa cidade nós estamos sem local onde isso é permitido. D2

Eu não sabia que o Hospital Universitário era o destino. Eu não conheço. D4

Fica difícil pra te responder isso, porque na realidade eu não sei como funciona exatamente o serviço de aborto legal do HU, então eu não tenho condições de responder. D5

Nós não temos aqui em Santa Catarina, pelo menos que eu conheça, nenhum serviço que faz o atendimento pra esses casos. D9

Eu até desconhecia isso, eu desconhecia que existia esse serviço aqui dentro do HU, até eu estava me perguntando, enquanto respondia as outras perguntas, se aqui em Florianópolis existe esse serviço. D10

5.3.2 Categoria: Avaliam que o serviço de aborto legal do HU não funciona adequadamente.

A percepção de que o número de interrupções foram poucas nesse período é evidenciada por dois docentes (D6 e D8), sendo que um deles (D8) questiona a divulgação do serviço. Outro docente (D9) concorda que não funciona de forma adequada e ressalta a objeção de parte da equipe médica:

Não, claro que não! Sete estupros aconteceram desde 2002 até 2007? Sete gestações por estupro, é impossível. Evidente que não está funcionando adequadamente (...). D6

Olha, é pouco na verdade, o número é muito pouco, mas eu não sei se as pessoas sabem que existe isso, será que tem divulgação? D8

Em relação se eu acredito que esteja funcionando plenamente, eu acho que não, pelo menos até onde eu saiba, principalmente nessa situação de indicação de aborto por estupro ouvi algumas situações em que não foi respeitado isso pela pessoa que estava no dia de plantão e o procedimento acabou sendo feito em outro dia por outros médicos que se comprometeram a isso. Então eu penso que não, que não está funcionando adequadamente. D9

5.3.3 Categoria: Avaliam que o serviço de aborto legal do HU-UFSC funciona adequadamente.

Aqui se expressam as avaliações – dadas pelos docentes D3 e D7 (ambos conhecem o serviço) e dos docentes D2, D4 e D10 (que desconhecem o serviço) – de que o serviço está funcionando de forma correta e que o mesmo representa um ponto positivo:

(...) eu acho positivo que pelo menos nesses sete casos, isso pôde ser realizado e que isso impediu que mães estupradas acabassem tendo um filho não desejado... acho positivo que o serviço esteja aberto e funcionando. D2

Eu não trabalho especificamente num serviço que faz atenção às mulheres vítimas de violência sexual, mas como médico, que faço parte do corpo clínico da universidade, eu acho que tem funcionado direitinho. D3

Eu não conheço, mas eu conheço os profissionais do HU e sei que o Hospital Universitário tem bons profissionais, coerentes, éticos, e que certamente estão habilitados e capacitados pra isso... Então, vê como é importante que um serviço desses ocorra, porque certamente o número de processos pedindo aborto por estupro foi muito maior, eu imagino isso, mas que deve ter sido filtrado e que realmente esses sete foram realmente o que era necessário, o que era comprovado, o que era a situação real. D4

Eu acho que na medida do possível sim, porque são esses os casos que têm procurado o HU. D7

(...) acredito que, se tem o serviço, ele deve funcionar, porque ele tem um corpo clínico de Obstetras lá dentro, tem um corpo de anestesistas, tem toda uma estrutura montada, em ambiente hospitalar que deve seguir todas as normas, por isso eu acredito que deve funcionar adequadamente. D10

5.4 Quando questionados sobre: Na sua opinião, as mulheres em situação de gravidez decorrente de estupro têm conhecimento do direito à interrupção legal da mesma?

As respostas a essa questão dadas pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção. Dois dos entrevistados não souberam responder:

Não sei te responder, realmente não sei (...). D2

Não sei se as pacientes, se as mulheres sabem que elas têm essa possibilidade, isso eu não sei te dizer (...). D7

5.4.1 Categoria: Avaliam que as mulheres desconhecem o direito ao aborto legal no caso de gravidez resultante de estupro.

A percepção do desconhecimento por parte da população sobre o serviço de aborto legal é praticamente unânime entre os entrevistados:

Eu acho que não acontece, não acontece por desconhecimento da população, a população não sabe que passos tomar. D1

Não creio que todas elas conheçam, eu creio que mais de 50% talvez das mulheres não saibam que lhes é permitido a interrupção voluntária no caso de violência sexual. D3

Eu acho que não. O acesso deve ser difícil. D4

Eu acho que elas não têm conhecimento e têm dificuldades desse acesso. D5

Eu acho que não, porque tem um número muito grande de estupro – claro que nem todo estupro termina em gravidez – mas ocorrendo gravidez eu não sei se elas sabem, eu acho que elas não sabem. D8

Eu tenho certeza que não. Deve ser uma minoria da população que sabe, que deve conhecer isso. D10

Os docentes D5 e D10 ressaltam que pela falta de conhecimento muitas delas fazem o abortamento de forma insegura:

(...) muitas vezes não sabem dessa situação, elas tendem a realizar o abortamento de uma maneira ilegal. D5

O que não se pode é fazer com que você tenha a lei, mas não tenha condições de praticá-la, aí você acaba induzindo as pacientes a procurarem aborto em clínicas, em locais que não tenham uma estrutura adequada, nem física, nem legal. D10

Dois docentes ressaltam que o desconhecimento não é apenas das mulheres:

Elas não sabem, nem os médicos sabem que podem interromper, nem o serviço sabe que elas têm esse direito. D6

Eu acho que há um desconhecimento tanto da mulher que necessita quanto de todo o sistema que iria legalizar o processo, o grupo médico, provavelmente também envolveria a direção do hospital (...). D9

Os entrevistados D6 e D9 avaliam ainda que muitas mulheres não procuram os serviços de aborto legal não por que desconhecem esse direito, mas sim devido ao preconceito e discriminação existentes à mulher que sofreu violência sexual:

(...) primeiro elas têm que enfrentar todo o preconceito, depois elas precisam enfrentar o preconceito de quererem abortar, todo o preconceito de terem sido estupradas (...) ela é sempre culpabilizada: “ela foi estuprada por que de alguma forma ela permitiu que isso acontecesse, ou facilitou, ou por que estava usando uma roupa provocante, ou estava andando num lugar aonde não deveria, ou...” – de alguma forma ela tem que ser culpabilizada. D6

(...) muitas acabam nem fazendo seu Boletim de Ocorrência, porque a idéia que a gente ainda tem – principalmente a parte da polícia militar ou das pessoas que estão envolvidas no Boletim de Ocorrência – é que quando acontece um estupro é por que realmente foi provocado, quer dizer “ah, a mulher estava se insinuando, a forma como estava trajada, predispôs para que isso acontecesse”. Então, eu acho que há ainda uma mentalidade muito grande voltada a isso no nosso país, no nosso meio. Então, eu tenho a impressão de que muitas delas acabam não procurando assistência nem hospitalar, nem da delegacia da mulher. D9

Durante a entrevista, a entrevistadora achou necessário contemplar essa questão perguntando aos docentes sobre a divulgação do serviço de aborto legal:

A opinião sobre a forma de divulgar a existência de um serviço de interrupção legal da gravidez diverge entre os entrevistados. Uns acreditam que a divulgação pública pode trazer como consequência a procura pelo serviço daquelas mulheres que querem abortar, mas não se encaixam nos casos legais:

Eu imagino que seja difícil jogar para a população uma informação dessas, porque interpretações diversas vão ter certamente, e ocupar um serviço desses certamente com muita coisa que não tem indicação. D4

Eu acho que isso deveria ser mais divulgado nos meios de comunicação para as pessoas saberem. Agora, eu também acho que com isso muitas mulheres que praticam, que iriam praticar o aborto, tenderiam a forjar uma situação de estupro prévio para conseguir o abortamento. D5

Eu acho que o serviço não é divulgado, não é divulgado adequadamente como deveria ser por medo das pessoas. D6

Eu acho que se colocar no rádio, em algum veículo de divulgação maior, em que gravidez decorrente de estupro pode ter aborto legalizado, vai ter um monte de gente que vai simular um estupro e vai querer interromper a gravidez. D8

Outros docentes compartilham da importância da divulgação aberta desse serviço:

Precisa haver uma grande campanha de esclarecimento da população que, frente a um estupro, a um abuso sexual, que elas vão à maternidade de referência para receberem o atendimento adequado, e dentro deste atendimento está incluso a anticoncepção de emergência. D1

Eu espero que nos locais onde elas tenham sido atendidas pela primeira vez, logo após a violência, que tenha sido dito a elas do direito de que isso possa ser feito, e que é uma coisa que tem um embasamento legal. Eu acho justo que elas saibam imediatamente dessa possibilidade. D2

Primeiro tem que ser divulgado em todos os órgãos de saúde, em uma campanha junto às mulheres toda vez que elas vão coletar seu preventivo, toda vez que elas vão levar suas crianças ao Posto (Centros de Saúde) – para vacinar, para receber medicamentos – que tenha um folder, uma forma que elas possam levar consigo, que esteja descrito as situações hoje em que se pode e que a mulher tem direito à interrupção da gestação. E propagandas de rádio, televisão; em fim, todos os meios de comunicação que possa alertar um pouquinho essa população. D3

Eu acho que compete à rede básica de instruir a população a tomar conhecimento desse direito. Agora, não é o médico que está ali no plantão que tem por obrigação fazer essa divulgação, e também nem o HU. Eu acho que isso é um trabalho educativo, que partiria, eu imagino, da rede básica. D7

(...) no momento em que ela vai à delegacia da mulher ela deveria ter essa informação. D9

(...) nas delegacias – especialmente nas delegacias para mulheres – aonde deve ser feito a ocorrência, deva ter lá uma informação de que existe um local determinado, eu acredito que seja assim que funcione, me parece lógico. D10

5.5 Quando questionados sobre: Quais as dificuldades/empecilhos para a implementação do serviço de Aborto Legal nos hospitais públicos brasileiros, na sua opinião?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.5.1 Categoria: Empecilhos políticos, morais, culturais e religiosos:

Eu acho que passa pelas características culturais do país, que ainda interpretam o abortamento muito dentro do sentido religioso cristão – principalmente, acredito eu, ligado à Igreja Católica, que tem uma opinião bem restritiva em relação ao abortamento. E o nosso país é um país de base muito católica, culturalmente muito atrasado e, portanto, ainda não libertado dessas idéias colonialistas. D2

(...) tem que ter vontade governamental – porque é público – então tem que ter essa vontade, esse interesse de ter um serviço desses. D4

Eu acho que é uma dificuldade política, não tem o porquê; a gente realiza tantas curetagens nos hospitais públicos, por exemplo, por abortamentos incompletos, por abortamentos provocados, por abortamentos sépticos – decorrentes de abortamentos provocados, abortamentos mal feitos – então a gente realiza direto esse tipo de procedimento. Então, não teria problema nenhum quanto a isso, é uma questão política, é uma questão de divulgação, de organização. Eu acho que o Ministério da Saúde seria o principal órgão envolvido nessa situação. D5

Em primeiro lugar é a questão moral, é a consciência, é a porta aberta de um hospital para se interromper uma gestação (...). D7

Eu acho que principalmente religioso e a política está muito ligada a essa religiosidade que não permite. E também para implementar esses serviços de aborto legal iria gastar muito dinheiro, e os serviços básicos de saúde não são bons no Brasil, se forem implementar um serviço de aborto legal vão ter que gastar mais ainda. Então, isso também é um empecilho, político-econômico, eles não querem gastar com saúde. D8

Eu acho que o grande empecilho é a parte ética e moral que algumas pessoas se acham no direito de exercer de forma individual. Eu acho que isso vai desde o Ministério da Saúde, por exemplo, eu acho que as pessoas que estão lá em cima se elas olham sob o ponto de vista do aborto como sendo alguma coisa anti-religiosa ou imoral, você acaba influenciando em todos os outros setores. Muitas instituições, por esses mesmos sentimentos religiosos, morais, acabam não querendo, não participando dessa legalização. D9

Eu acho que a cultura social impede um pouco que todos os Obstetras abracem a causa do aborto – tem gente que, mesmo tendo todo o amparo legal, vai se negar a fazer, porque é uma coisa meio pessoal, existe uma visão individual, porque você está lidando com vida, é diferente. D10

5.5.2 Categoria: Estruturação de equipes.

A falta de uma equipe preparada para atender às solicitações de interrupção legal da gravidez é evidenciada nas opiniões dos seguintes entrevistados:

Eu acho que o Ministério da Saúde deveria intensificar as campanhas e, paralelamente às campanhas junto à população, também junto à classe médica e junto aos hospitais, e propiciar treinamento para que esses centros de referência possam atuar de maneira adequada. D1

Eu acredito que haja um despreparo das instituições, mesmo universitárias, para o oferecimento desse serviço...Eu penso que nessa área talvez a formação do médico, principalmente do médico Ginecologista, ainda esteja incompleta e teria que ser mais trabalhada. D2

(...) tem que ter no hospital selecionado uma equipe que queira e que aceite fazer. Por que não é só dizer: "esse hospital tem isso", daí quando a paciente que precisa está lá "eu não faço, fulano não faz, o outro não faz", por convicções próprias...então também tem que ter uma equipe disposta a fazer, que seja identificada, por profissional que esteja disposto a fazer esse tipo de procedimento. D4

(...) e a estruturação de equipes, porque as equipes têm que ser treinadas, têm que estar bem conscientes do trabalho que irão fazer – nem todos aceitam, e é um direito também que a pessoa tem, que o médico tem de não querer fazer. D7

(...) a própria equipe médica, eu acho que você tem dentro de um serviço várias pessoas que são a favor e várias pessoas que são contra – as que são contra provavelmente não vão se prontificar a fazer a interrupção, a não ser numa situação extrema, de morte materna. As pessoas que são a favor, provavelmente dentro delas ainda há aqueles que são a favor "mas eu não faço" (...). D9

(...) dentro do hospital já tem que estar formada uma rede, isso deve ser uma engrenagem que quando o paciente chega ao hospital já tem lá uma equipe preparada pra atender esse tipo de problema. D10

5.5.3 Categoria: Desinformação sobre a Lei.

Aqui se expressa duas opiniões, a primeira em relação ao desconhecimento da população em geral sobre a possibilidade de interromper a gestação decorrente de estupro:

(...) é a desinformação, eu não sei se as pessoas estão adequadamente informadas sobre essa possibilidade, sobre a legalidade desse ato e sobre a injustiça de se deixar a mulher ter um filho, derivado de uma violência sexual, progredir na sua gravidez. D2

A segunda fala mais especificamente da desinformação da equipe médica, que muitas vezes se recusa a fazer o procedimento por achar que é ilegal:

(...) e mostrar que não existe ilícito ético, porque muita gente ainda acha que existe ilícito ético, que o médico não está protegido por lei, que ele pode se complicar se ele abraçar essa causa. D7

5.5.4 Categoria: Restrição da Lei.

A opinião de que a lei brasileira é muito restrita e que dificulta a implementação dos serviços de aborto legal é compartilhada pelos seguintes docentes:

(...) as dificuldades maiores eu acho que são as dificuldades que não são do serviço, são dificuldades, eu creio, da própria situação legal, da própria questão jurídica, da própria questão cível ligada à interrupção da gestação. D3

Eu acho que o problema é a lei, mas se a lei fosse mais permissiva, menos taxativa, eu acho que seria mais tranquilo de implementar esses serviços de abortamento legal. D6

5.6 Quando questionados sobre: Dentre as duas possibilidades de aborto previstas em lei (risco de vida materna e estupro), na sua opinião há diferença na forma como os Ginecologistas/Obstetras encaram essas situações? Por quê?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.6.1 Categoria: A interrupção da gravidez por risco de vida materna é mais aceita pelos Ginecologistas/Obstetras.

Aqui se evidencia divergências quanto ao por que da diferença, alguns docentes falam do preconceito contra a mulher no caso de estupro, outros docentes relacionam ao lema de salvar vidas e que o risco de vida seria clinicamente mais fácil para o médico de diagnosticar, e que por isso a interrupção por risco de vida materna seria mais fácil de proceder:

Embora não poderia haver diferença, eu penso que toda gravidez que possa gerar um risco de vida para a mãe já faz parte da cultura médica, primeiro artigo do código nosso de ética médica, que é evitar não lesar a saúde das pessoas... O estupro, eu acho que tem muita coisa ainda ligada ao machismo, ao preconceito por ela ser pobre, ao preconceito contra a mulher. D3

Eu acho que tem. O risco de morte é encarado pelo médico como um procedimento médico, a decisão sobre a vida da paciente eu acredito que é difícil, mas é mais fácil. É difícil no ponto de dizer assim: nós vamos interromper uma vida, mas é menos complicado porque você também está salvando uma, está preservando uma vida. É uma discussão, em termos, menos controvérsia do que paciente sadia, gravidez sadia, interromper por... D4

Na verdade eu acho que sim, não deveria haver, mas acho que sim, porque parece que o estupro sempre a mulher é culpabilizada, com eu já tinha falado, que o estupro é colocado como culpa da mulher... ela foi estuprada por que de alguma forma ela permitiu que isso acontecesse, ou facilitou, ou por que estava usando uma roupa provocante, ou estava andando num lugar aonde não deveria – de alguma forma ela tem que ser culpabilizada. Então, eu acho que existe essa diferença sim. D6

(...) só que no caso de risco de vida da mãe, até é uma coisa que a gente compreende, porque de repente a mãe vai deixar outros filhos, vai deixar marido, vai deixar família, né, vai deixar tudo – então, tu estas "prevenindo" uma coisa... numa gravidez decorrente de estupro não necessariamente ela tenha que ser interrompida, a criança também pode ser adotada – que eu acho que é um ato muito maior do que ter que abortar. D7

Eu acho que é diferente sim, eu acho que é mais fácil pro Ginecologista/Obstetra optar por um aborto no caso de risco de vida da gestante, mais fácil de aceitar e de caracterizar também clinicamente. D8

(...) a partir desse diagnóstico de que realmente a gravidez vai interferir na vida materna eu acho que a maioria dos Obstetras não se negaria a fazer. Agora, quanto ao estupro nós já comentamos, eu acho que existem muito ainda, dentro do segmento médico, Ginecologistas que encaram essa gestação decorrente de um estupro bem diferente do que é o risco de vida materno, e se negam ou acabam protelando o procedimento para não fazer por que dizem que vai contra os seus princípios. D9

Eu acredito que tenha mais resistência em relação ao estupro, porque aí vai também a interpretação individual do estupro, por que como é esse estupro? Foi um estupro? Por que a definição de estupro é um pouco ampla (...). D10

Vários docentes apontam dúvidas quanto à veracidade do estupro:

Aquilo que eles estão querendo fazer com o médico, de jogar nas costas do médico de a paciente chegar e dizer que aquela gravidez é decorrente de estupro e solicitar o aborto é absolutamente imprudente, porque o médico não tem nenhum elemento de segurança para se certificar de que aquilo realmente foi um estupro. Qual é a segurança, a garantia que eu tenho de saber que eu não estou sendo um aborteiro, que ela vem me enganar, ela não quer a gravidez e vem pedir pra eu fazer um aborto... Vai fazer fila, a hora que o povo descobrir vai fazer fila aí na porta, vai virar a esquina – nós vamos virar um hospital de aborteiros. D1

(...) isso eu acho interessante, um serviço que seja autorizado ter mecanismos pra decidir quem realmente é um motivo de aborto, e não sair tendo essa decisão de uma simples palavra. Eu acho que nesse sentido tem que ter a comprovação do estupro, como estupro verdadeiro. Eu falo isso por que a gente atende aqui na Emergência da Maternidade alguns casos, eu nunca falo, pois eu acho que no atendimento a gente acolhe todas as pacientes e faz tudo; mas eu aqui muitas vezes saio e penso comigo, será que aquele caso era realmente de estupro? Eu tenho muita preocupação se o dito estupro é estupro. D4

Quando é risco de morte, é uma situação bem clara pro médico, agora quando é estupro, será que foi estupro mesmo? Aquela história que a gente estava falando que, se for divulgado, vai aparecer um monte de gente achando que foi estuprada, vai simular. Então, eu acho que não fica tão claro assim a necessidade no estupro, como fica no risco de morte. D8

Existe aquela mulher que provoca a situação e depois ocorre um estupro, quer dizer, é um estupro quase que permitido. Não acho que seja lógico a mulher chegar ao hospital e pedir para fazer um aborto por que sofreu um estupro. D10

Os entrevistados D2 e D6 avaliam uma possível deturpação dos médicos diante da palavra da mulher:

(...) me parece que o risco de vida materno é uma coisa mais clara, o estupro, ele tem uma conotação que pode ser deturpada, talvez, pelo médico que atende, não só Ginecologista, no sentido de se perguntar se essa mulher realmente teve essa violência sexual, ou ela está usando o objeto da violência para um intento criminoso. Têm muitos profissionais que já me falaram isso. Em relação ao risco de vida materno, normalmente a cliente está na nossa frente, quer dizer, pro médico aquilo se torna algo mais visível, mais palpável no sentido de dizer: “Não, isso está realmente ocorrendo” (...). D2

(...) ainda provar que elas não estão mentindo! Ou seja, que elas não engravidaram do namorado, do marido, de quem quer que seja, e que estão inventando essa estória de estupro só para ter acesso ao aborto legal. Então, quando a mulher não conhece a lei ela não vai, e quando a mulher conhece a lei e vai lá garantir seus direitos..."ah, você está querendo nos enganar", é uma coisa que é observada. D6

5.6.2 Categoria: Acreditam não haver diferença entre interrupção da gravidez por risco de vida materna ou por estupro.

Pessoalmente eu não vejo nenhuma diferença, porque – embora o risco de vida materno ele fique muito claro – também o estupro, também a violência sexual, é muito clara, ela não deixa dúvida quando ela ocorreu. D2

São duas situações bem difíceis, eu acho que as duas são difíceis de serem encaradas. No risco de vida, sempre se tenta salvar a vida da mãe, e o estupro por que é uma situação muito complicada pra gestante, pro companheiro, pros familiares. Então, é outra situação também bastante delicada pra gente conseguir lidar corretamente e eticamente com essa paciente, para não machucá-la mais ainda do que ela já está naquele momento. D5

5.7 Quando questionados sobre: No caso de uma paciente procurar o Sr/Sra com história de gravidez decorrente de estupro e desejo de interromper a mesma, qual a sua conduta?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

5.7.1 Categoria: Realização do Boletim de Ocorrência e autorização judicial.

Vários docentes assumem como conduta o encaminhamento para delegacia para realização do boletim de ocorrência e posterior autorização judicial para obter o direito à interrupção da gravidez resultante de estupro:

Eu acho que tem que manter como era, com a processualística legal, tem que haver queixa na delegacia, o delegado tem que encaminhar ao Instituto Médico Legal (IML) (...). D1

A minha conduta é o atendimento médico, é o boletim de ocorrência e, a partir daí, o encaminhamento para um serviço. D2

Primeiramente você vai fazer a história, o exame clínico dela e vai deixar registrado no prontuário como forma de amparo legal para ela conseguir obter os benefícios junto com a unidade hospitalar e mesmo com a questão judicial, depois ela será encaminhada à Delegacia da Mulher, vai registrar, fazer o boletim de ocorrência (...). D3

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro, isso é uma coisa complicada, muito complicada, vai dar do diagnóstico correto do estupro primeiro. Agora, ela engravidando, é uma situação, acho que eu esperaria uma decisão judicial, que tem que ter – e isso teria que ser rápido no Brasil, que nem sempre é – para a realização do aborto. D4

Eu informo que ela tem que procurar um serviço pra fazer o B.O. D8

(...) na gravidez por estupro seria uma avaliação, eu acho que são de três médicos, e encaminhar isso para o juiz, para que haja uma avaliação do juiz e, caso aprovado, interromper a gravidez. D9

Mandar para a delegacia para fazer o boletim de ocorrência, e aí vir ao hospital com esse boletim de ocorrência que ela vai ter um amparo legal do hospital, desde que o hospital esteja credenciado para esse tipo de procedimento. D10

5.7.2 Categoria: Encaminham ao serviço de referência:

A minha conduta é orientá-la para que procure um serviço habilitado para que ela possa, se ela quiser, se assim o desejar – e se ela ainda estiver no prazo hábil de se realizar um abortamento – que ela tenha esse direito de fazer, de realizar esse aborto, que é previsto em lei (...). D5

Se a paciente fosse do Centro de Saúde, eu encaminharia para o Hospital Universitário pra fazer. D6

(...) encaminhar para um serviço que faça esse tipo de atendimento. Ela vai ser avaliada, ela vai ser orientada, vai ser conversado com ela, e ela tem várias opções. Ela pode interromper a gravidez, pode doar a criança ou pode querer ficar com a criança. Isso eu acho que é a coisa mais importante, não adianta um hospital também ter um serviço de interrupção legal da gravidez se não tiver uma equipe estruturada, porque os traumas devem ser amenizados ao máximo. Não é só ter o médico que vai lá e faça a curetagem, isso é um ato técnico. D7

5.7.3 Categoria: Realiza o procedimento da interrupção.

Um único docente explicitou que em caso de paciente particular realizaria a interrupção, uma vez que a lei permite e por acreditar que a mulher possa sofrer com o atendimento de um serviço:

Se a paciente fosse minha, paciente particular, eu faria no hospital, se fosse minha paciente mesmo, eu não encaminharia, porque se eu tenho autorização legal pra fazer, ela não precisa vir procurar o serviço, não precisa se expor a ter que ficar contando, e recontando, uma situação que é dolorosa para ela. D6

5.8 Quando questionados sobre: Como o Sr/Sra avalia a abordagem do tema Aborto Legal no curso de graduação em Medicina?

As respostas a essa questão dada pelos docentes entrevistados foram agrupadas em categorias nessa subseção:

Categoria 5.8.1: Desconhecem a abordagem do tema.

(...) até é uma pergunta que eu não saberia responder, se esse tema é abordado. Se não o é, teria que ser; e se o é, eu acho que teria que ser ministrado à perfeição, para que não gerasse dúvida para o estudante, porque ele está sempre em contato com a emergência. Ele, nos últimos anos da fa-

culdade, dá muito plantão, então ele tem que estar muito atualizado em relação a este tema – e quem está na linha de frente tem que saber como se comportar rapidamente pra não deixar dúvidas e não gerar insegurança naquela pessoa que está sendo atendida. Então, eu acho que, nesse caso, se a faculdade não está suprimindo isso, é uma coisa que tem que ser corrigida com a máxima urgência. D2

Eu nem sei se está incluído no currículo novo. Eu acho que seria interessante incluir, principalmente nas últimas fases do curso de graduação em Medicina. D7

Na verdade não é um tema que eu abordo em minhas aulas, eu não saberia te responder. D8

(...) eu não sei se existe uma aula específica sobre Aborto Legal ou se existe um fórum de discussão sobre isso, é um bom assunto para seminário. Eu acho que isso merece talvez um tema para discussão mesmo, não só para discutir a parte médica, também a parte social, porque o aborto legal é uma coisa muito mais ampla do que o ato de tirar uma vida. Às vezes tirar uma vida significa repor algumas vidas, porque você está num âmbito de uma família, de uma estrutura, de uma história, de um contexto, você está interagindo dentro de um bairro... Se você for discutir só a parte médica, em uma hora você discute, você diz como é, como é que faz a curetagem, mas aí fica muito técnico, né? E aí você não envolve o médico na parte social, que eu acho que na formação o médico tem que estar envolvido nessas questões sociais, psicológicas, e não só na parte técnica. D10

Categoria 5.8.2: Avaliam como insuficiente a abordagem do tema.

Absolutamente insuficiente, é pouco discutido... o que você vê é uma absoluta desinformação, eu sei por que eu já fiz questões, já corrigi as provas, e sei que os alunos têm uma dificuldade muito grande de trabalhar com isso. D1

Eu acho que realmente a gente poderia abordar de uma forma mais aprofundada. D3

Muito pouco, muito pouco. Aborto se coloca para o estudante como um aborto espontâneo, evitável ou provocado, mas o aborto legal eu acho que deveria ser mais discutido, deveria ter mais informação sobre isso para o estudante. D4

O mesmo docente (D4) ressalta novamente o desconhecimento sobre o serviço de Aborto Legal do HU-UFSC, e que a discussão desse tema entre os estudantes é importante para que mais profissionais estejam preparados para tal atendimento:

(...) como eu não sabia que o Hospital Universitário era um local de interrupção legal da gravidez provavelmente muitos da minha época não sabem, muitos dos meus amigos que já estejam formados também não sabem, e muitos dos que estão ali no curso também não. E o pensar nessa situação, que pode ser que por nunca ter parado pra discutir muito esse assunto haja mais essa posição de "eu prefiro não fazer", "eu prefiro não estar nessa situação". Agora, se a nossa cabeça for preparada, provavelmente vão ter mais profissionais que estejam dispostos também a fazer isso. D4

Eu acho que as pessoas, em geral, deveriam ter mais conhecimento desse fato. D5

É muito pouco discutido, porque os alunos, pelo que eu vejo, têm pouco conhecimento sobre aborto legal e também pouca ferramenta de como lidar, para onde encaminhar, o que fazer, como orientar. É pouca ferramenta, não só dos alunos como dos professores e dos supervisores também, das pessoas que atendem as mulheres. Então, eu acho que tem pouca formação mesmo. D6

Que eu saiba, pelo menos na época em que eu fiz a faculdade, a gente nunca teve nada sobre aborto legal... Eu acho que esse é um ponto que deveria ser discutido bem mais do que é discutido até o momento, até por que, na minha opinião, existem outras indicações legais, que você não estaria infringindo a ética, mas que ainda não são contempladas. D9

5.9 Quando questionados sobre: A exemplo de outros países, onde o aborto é tratado como um direito inerente à cidadania feminina, o Sr/Sra acha que o mesmo deveria acontecer no Brasil? Por quê?

A maioria dos entrevistados (D1, D2, D3, D5, D6, D8, D10) concorda que a interrupção voluntária da gravidez deveria ser permitida no Brasil. Os entrevistados D4 e D9 se posicionaram contrários à interrupção voluntária, ou seja, em qualquer situação. Um docente não tem opinião formada (D7). As respostas foram agrupadas em categorias de acordo com esses posicionamentos:

Categoria 5.9.1: Não opinou.

Se a gente for analisar que muitos abortos são feitos clandestinamente, sem cuidado, sem nada, eu diria que sim, mas eu não tenho uma opinião formada... Eu acho que é difícil, que é complicado. E tem aquela coisa também, né, eu não sei se acontecesse comigo, se acontecesse com a minha filha ou com alguém da minha família, como é que a gente reagiria a isso. Eu acho que cada caso é um caso. Agora, decorrente de estupro e de risco de vida da mãe não tenho grandes dúvidas não. D7

O entrevistado ressalta a importância de se investir em educação, prevenção de gravidez indesejada e garantir maior acesso aos métodos anticoncepcionais:

Eu acho que isso passa mais por uma questão de educação em saúde, eu acho que a prevenção é a parte mais importante, ter uma proteção de métodos contraceptivos bem divulgada. D7

Categoria 5.9.2: Contrários à legalização do aborto.

Não, acho que não é um direito da mulher. D4

Eu sou contra você liberar o aborto espontâneo, ou aborto induzido, por qualquer motivo. D9

Entretanto, o mesmo docente D9 abre uma exceção quanto à interrupção de gestações com fetos mal-formados:

Eu acho que a lei deveria ser atualizada, com outras indicações, em casos de gestações com fetos inviáveis, mas não que seja aberto livremente. D9

Ambos entrevistados concordam que a solução é investir na prevenção de gravidez indesejada e garantir maior acesso aos métodos anticoncepcionais:

Então, eu acho que precisaria ter uma atenção mais intensa na prevenção de uma gravidez indesejada. D4

Eu acho que deveria dar subsídios maiores na prevenção, um esclarecimento maior de anticoncepção, preservativo, anticoncepcional, DIU. D9

Os docentes apresentam como justificativa de tal posicionamento o medo que o aborto legalizado se torne método contraceptivo (D9), e o docente D4 fala do direito do feto à vida:

Acho que a vida é um direito daquele ser que está ali... depois de grávida eu acho que o direito, falando em direito, não é só dela, é do ser que ela está gerando também. Por isso que eu digo, vida é vida, então, aquele ser já tem direito, por isso que eu não posso pensar em uma legalização do aborto à vontade da mulher ou do casal. Eu sou contrário à legalização do aborto por isso, eu acho que a criança, o ser que está ali sendo gerado, também tem direito. D4

Eu acho que liberar o aborto pra todas as mulheres vai virar uma forma de "anticoncepção". D9

Categoria 5.9.3: A favor da legalização do aborto.

Eu acho que o aborto deveria ser permitido no Brasil. D1

Eu acho que é um direito dela de interromper. D2

É um direito sim da mulher em optar por ter ou não a sua gestação. D3

Eu acho que sim, que aqui nós tínhamos que ter o direito. D5

Eu acho que sim, que deveria acontecer. D6

Eu acho que elas têm o direito de resolver a vida delas. D8

(...) tendo uma educação adequada eu acho que dá para a gente avançar nessa questão da legalidade do aborto. D10

Vários pontos foram levantados por esses docentes acerca da discussão sobre a legalização do aborto, como iniciar a abertura da lei com a liberação do aborto nos casos de malformações incompatíveis com a vida, por acharem que a legalização do aborto para todos os casos não será aceita tão facilmente pela população:

(...) num primeiro momento nas situações específicas que nós conversamos no início, aonde haja diagnóstico comprovado de que o feto tenha uma malformação incompatível com a vida extra-uterina. D1

(...) mas eu acho que está muito distante... Então, começar garantindo que essas mulheres que têm direito consigam que se faça o aborto nesses casos que elas têm direito, as mulheres com fetos mal formados, com malformações incompatíveis com a vida, consigam esse direito também. D6

O mesmo docente ainda fala em outras indicações que num primeiro momento poderiam ser adicionadas à lei:

(...) que a gente considerasse doenças psicológicas como risco de vida e que a gente considerasse as gestações resultantes de falha de métodos anticoncepcionais comprovado, também. D6

Alguns docentes ressaltam também a importância de se investir em educação, prevenção de gravidez indesejada e maior acesso aos métodos anticoncepcionais:

Deveria aumentar o nível cultural da população, o nível de educação, de educação sexual, ampliar e muito os locais de saúde aonde a população possa ter orientação e acesso a todos os métodos contraceptivos bancados pelo governo. D1

Eu acho que discutir o abortamento não pode ser separado da discussão de prevenção da gestação, e isso em todos os níveis...a gente tem que fazer um trabalho triplicado, quadruplicado no sentido da prevenção da gestação indesejada. D3

Eu acho que o Brasil deveria primeiro investir em métodos anticoncepcionais, as pacientes querem pílula, não tem, querem DIU, não tem. Então, eu acho que primeiro tem que investir nisso, e também um pouco na educação (...). D8

Eu acho que a grande mola mestre disso tudo se chama educação. Você vê que a gente passa pelas escolas básicas e não há uma formação em cima dessa parte sexual, tem mais uma coisa de religião, mas não uma educação mesmo. D10

Dois entrevistados ressaltam que não só a lei deveria garantir o direito de se interromper uma gestação indesejada, mas como também o Estado se comprometer em oferecer tal serviço em hospitais públicos:

Eu acho que é um direito dela de interromper, e isso deveria ser oferecido por um serviço capacitado, de cunho governamental, sem nenhum fim lucrativo, e de uma forma ética e legal, aberto a todos os casos, sem nenhuma restrição. D2

Eu acho que no Brasil deveria ter serviços que fizessem aborto legal, serviços públicos, porque se elas quiserem fazer é uma decisão delas, e se existem médicos que querem fazer, então ótimo. Então, seria feito esses abortos, abertos a todo mundo, de uma forma legalizada e elas seriam bem atendidas. D8

Alguns entrevistados lembram que pela clandestinidade do aborto várias mulheres se submetem a procedimentos inseguros, gerando altos índices de mortalidade materna:

(...) sem dúvida nenhuma que a legalização do aborto reduziria, economizaria um cem número de vidas maternas. Eu acho que a mulher quando quer fazer o aborto ela termina fazendo de qualquer jeito, essa é a experiência que a gente tem ao longo de tantos anos. E, ao fazer de qualquer jeito, se ela não conseguir fazer de uma maneira limpa, ela vai fazer de uma maneira suja, ou seja, se ela não consegue um lugar onde ela faça o aborto com material esterilizado, que não aumente o seu risco de vida, etc, se ela não conseguir Cytotec®, ela vai terminar indo numa “fulana” dessas aí que vai enfiar uma agulha de crochê, vai fazer um aborto infectado, e o risco de vida dessa mulher é muito grande. D1

(...) hoje o que a gente vê no Brasil: que a lei acaba deixando isso na clandestinidade e muitas mulheres são candidatas a terem a infecção endometrial, a sepse, a morte por perfuração uterina (...). D3

Quem trabalha num hospital público, como eu que trabalho, a gente pega essa pobreza mesmo, gente morrendo com septicemia, com infecção, com perfuração de útero (...). D5

Não é por que é proibido que as mulheres não fazem. Uma mulher que está determinada a não ter aquele filho, ela vai morrer, mas ela não vai ter aquele filho... E aí que tem as situações de risco e que as mulheres morrem, você tem mortes horríveis e de mulheres jovens que têm a vida inteira pela frente, podem constituir depois uma família. Não é justo! Em 2005 uma menina de dezoito anos morreu aqui no HU por aborto infectado, não é pouca coisa, né? D6

(...) a gente sabe que o aborto é feito, então, seria uma hipocrisia tapar o sol com a peneira, pois as pacientes estão fazendo aborto e sabemos que elas fazem de maneira clandestina, de forma bem insatisfatória. D8

Dois dos entrevistados comentam sobre a redução da mortalidade materna quando o Cytotec® era comercializado. O docente D1 sugere que o mesmo volte a ser vendido legalmente, mas que o governo, nem o sistema de saúde estariam responsáveis pelas consequências:

(...) que pelo menos se disponibilizasse maneiras limpas, como Cytotec®... Deixa o Cytotec® no mercado, aí fica na consciência de cada um, a mulher quer fazer? Bota lá o Cytotec® na vagina. Tem problemas, se o Cytotec® não funcionar, ou se a dose for insuficiente, aumenta o risco de dano neurológico daquelas crianças, mas que se faça um amplo esclarecimento quanto a isso... se você sabe que elas vão fazer o aborto de qualquer jeito, vire as costas – foi o que o governo não fez. Tirou o Cytotec® da farmácia, se ele tivesse ficado quieto, tivesse virado as costas...A verdade é que o Cytotec®, ao longo dos anos, economizou milhares de vidas maternas. O número de abortos diminuiu? Não. Bom, se não diminuiu e melhorou a mortalidade materna, quem é o responsável por isso? É a prostaglandina, é o Cytotec®, é o misoprostol. Então, a maneira mais prudente de economizar vidas maternas seria o governo ter virado as costas e ter deixado o Cytotec® no mercado, ele era acessível, se faria uma grande campanha de esclarecimento, quem não quisesse se arriscar, não usaria, mas ao mesmo tempo a gente economizaria – cada aborto infectado custa uma fortuna para o sistema de saúde. D1

Na época que liberou o misoprostol, e era possível comprar na farmácia, como se fosse remédio pra gastrite – o Cytotec® diminuiu muito a morte materna por aborto. Só que agora de novo, o misoprostol está proibido, é só venda hospitalar. Você vai conseguir comprar a dose por uns novecentos, oitocentos reais, sei lá. Então, voltou as mulheres pobres a terem que se submeter a abortos de risco. D6

A possibilidade de realizar o aborto de forma segura por aquelas mulheres que têm condições financeiras é comentada pelos seguintes entrevistados, os quais reforçam que, apesar de ser proibido, o aborto é realizado no Brasil só que de formas diferentes entre as classes sociais:

(...) se ela não conseguir fazer de uma maneira limpa, ela vai fazer de uma maneira suja, ou seja, se ela não consegue um lugar onde ela faça o aborto com material esterilizado, que não aumente o seu risco de vida, etc, se ela não conseguir Cytotec®, ela vai terminar indo numa “fulana” dessas aí (...). D1

(...) quem tem condições de pagar existem inúmeros centros no Brasil que você vai lá, paga, faz o procedimento, então ela interrompe a sua gestação. Hoje o abortamento no Brasil é assim: todo mundo sabe onde faz, tem telefone para encaminhar suas pacientes, mas apenas priorizando aquelas pessoas que têm condições. D3

(...) as mulheres que se submetem ao aborto, de forma arriscada, que estão colocando em risco suas vidas, são mulheres pobres – é uma desigualdade incrível, porque as mulheres ricas têm onde fazer, têm acesso ao misoprostol (...). D6

Na verdade só faz aborto bem feito quem tem dinheiro. D8

Alguns entrevistados explicitam suas preocupações quanto ao aborto se tornar um método contraceptivo:

Se houvesse nesse momento no país a liberação do aborto do jeito como está, do jeito que o povo tem cultura, ou pouca ou quase nenhuma, ele simplesmente seria usado como método anticoncepcional. D1

(...) e não do abortamento como forma de método contraceptivo, que é uma coisa que eu acho que tem que cuidar (...). D3

(...) nós temos que cuidar para que o aborto – eu acho que se o código abrir um pouco mais – o aborto acaba se tornando um método de anticoncepção, que hoje ele ainda é uma realidade. D10

O docente D6 critica essa forma de pensar que as mulheres recorreriam ao aborto como método contraceptivo:

É ridículo você pensar que uma pessoa vai querer fazer ao invés de usar camisinha, ao invés de fazer sexo responsável, "ah não, tudo bem, eu transo com todo mundo e depois aborto!" E daí você precisa ser muito tapado pra acreditar nisso. D6

O entrevistado D5 justifica sua opinião a favor da legalização do aborto por ser favorável ao controle de natalidade e que este seria um dos métodos a ser utilizado, principalmente nas gestações não planejadas de mulheres pobres:

(...) com esse aumento da pobreza, com o aumento das gestações indesejadas, com essa quantidade tão grande de adolescentes que se vê engravidando de maneira indesejada, cada vez mais – isso se vê nitidamente nas classes sociais mais baixas. Então, a gente se questiona se realmente essas pessoas não deveriam ter a escolha de poder realizar o aborto. A gente vê esse índice de natalidade tão grande, cada vez nascendo mais gente, cada vez mais gente nessas periferias, cada vez mais pobreza, essa criminalidade toda que existe. Eu acho que a única maneira talvez, aqui no país, de se conter esse aumento da pobreza, é culturalmente, através do ensino, e da diminuição desses índices de natalidade. Faça um controle familiar, um controle rígido... enquanto continuar nascendo gente desse jeito essa pobreza vai continuar aumentando, essa criminalidade vai continuar aumentando, e isso vai refletir nos nossos filhos. E depois, são esses aí que vem nos assaltar, que vêm com revólver na sinaleira, que vêm fazer os assaltos relâmpagos, os estupros, vão atingir os nossos filhos. Então, eu tenho certeza absoluta que enquanto não houver um controle de natalidade bem rigoroso nesse país, a situação não vai melhorar... E uma das maneiras de controlar seria o aborto legalizado. D5

5.10 Espaço aberto para comentários.

Aqui os docentes ficaram livres para fazer qualquer tipo de comentário, alguns optaram por não acrescentar nada, outros reforçaram alguns pontos que já haviam explorado no decorrer da entrevista:

Não, acho que eu consegui falar tudo. D1

Eu acho que o tema é muito atual, por tu estares levantando dentro de um grupo que presta atendimento a essas mulheres, como é que esse grupo entende a questão e como é que esse grupo atua frente à questão, tanto no seu aspecto pessoal, como no seu aspecto instituição. Eu acho que o trabalho é muito oportuno. D2

Não, achei interessante esse tipo de discussão, que bom que a gente possa estar discutindo, espero ter contribuído de alguma forma para você, eu fico feliz por ter participado. D3

Não. Eu acho que esse tipo de entrevista é muito legal, muito bom. D4

Acho que falei demais (risos). Eu acho que esse assunto é super interessante, essa questão do abortamento. D5

Toda vez que a mulher engravida ela é a culpada, tudo é culpa da mulher, e é colocado assim: "a mulher que não arca com as consequências do que faz". E o marido? E o parceiro ou o cara que engravida essa mulher? Não precisa pagar por nada, não precisa fazer nada? D6

A anticoncepção de emergência eu acho que é a coisa mais importante, que eu até esqueci de dizer, mas eu acho que precisa ser bem divulgada, não é só a interrupção legal da gestação, mas a anticoncepção de emergência, que existe essa possibilidade. D7

Não está me ocorrendo nada no momento, eu acho que esse tema, se for falar do ponto de vista pessoal, pra mim é muito complicado (...). D8

Eu acho que é aquela situação que nós comentamos no início, eu acho que o aborto ele tem várias situações em que não é contemplado na parte da lei. Eu acho que o primeiro ponto é avaliar as indicações. O segundo ponto é você ter serviços que tenham condições adequadas de se fazer essa interrupção da gravidez. E terceiro, uma melhor orientação dos profissionais, porque eu sei de uns serviços que já existem há mais tempo, esses setores de interrupção da gravidez, são apenas um grupo de médicos que se propuseram a interromper, não é toda a equipe de Ginecologistas/Obstetras daquela maternidade – eu acho que isso tinha que ficar bem definido. Não adianta você dizer "Oh, agora é legal você fazer esse abortamento" se você tem no serviço, que se diz estar apto a fazer esse serviço, e passa três, quatro dias, e são médicos que não estão aceitando essa decisão. Então eu acho que você tem que montar um time, uma equipe, para que a coisa realmente funcione, para que realmente tenha um bom resultado. D9

O meu comentário final é esse mesmo: educação é o básico, tendo uma educação adequada eu acho que dá para a gente avançar nessa questão da legalidade do aborto. D10

6. DISCUSSÃO

6.1. Sobre o Código Penal Brasileiro e o Aborto

A visão que a lei brasileira (Código Penal) apresenta sobre o aborto é uma carta declaratória da barbárie, visto que sua concepção se baseia num mundo de assimetrias sociais (em especial a sócio-econômica e a de gênero) – nela a mulher é classificada como criminosa diante da impossibilidade de levar uma gravidez a diante. O código penal brasileiro¹¹ classifica o aborto no capítulo dos Crimes Contra a Vida, assim como homicídio e infanticídio. Os artigos 124 (Provocar Aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque), 125 (Provocar Aborto, sem o consentimento da gestante) e 126 (Provocar Aborto com o consentimento da gestante) classificam o crime e estipulam a pena, que varia de 1 a 10 anos dependendo do caso. No mesmo capítulo está inserido o artigo 128 no qual não se pune o aborto praticado por médico: Aborto Necessário I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante; Aborto no Caso de Gravidez Resultante de Estupro II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal. No entanto, a expressão "não se pune" dá margem para se considerar que, para a legislação, qualquer forma de abortamento continua tendo um "status" de crime, ainda que não passível de punição¹². Eis por que os docentes D3 e D6 lembram que pela lei o médico não deixa de praticar um crime e que essa condição, segundo os entrevistados, dificulta a adesão de profissionais na realização do abortamento legal, pois muitos temem a penalização por ser a prática do aborto crime no Brasil. O docente D6 ainda ressalta que, por essa relação com a prática de um crime, as mulheres se sentem constrangidas quando procuram o serviço para interrupção legal da gravidez, mesmo tendo direito ao aborto.

Muitos historiadores ao longo de suas obras tentaram caracterizar o início da barbárie, outros visavam à apresentação de indivíduos como a fonte de perversidade que caracteriza as visões bárbaras. Essa forma simplista de ver a história não consegue captar os processos de expansão e reprodução da perversidade ao longo do tempo. A barbárie na história não é fruto de uma única mente perversa, nem tampouco sua existência ao longo de tantos séculos se dá por uma mera aparição de uma nova e sucessora mentalidade perversa única capaz de controlar milhões de outras. O substrato da barbárie sempre foram as relações assimétricas que se desenvolveram ao longo da

história, ou seja, foi capaz de se perpetuar por longos tempos uma vez que é sustentada e reproduzida por milhões de seres humanos – consciente ou inconscientemente. Dessa forma, os docentes D5, D7 e D10, ao concordarem com a atual lei que classifica as mulheres que abortam como criminosas, ignoram – de forma consciente ou não – as condições de mundo que levam às mulheres a praticar tal ato trágico.

Apesar dos referidos permissivos da lei terem sido incorporados desde 1940, apenas no final da década de 80 – quarenta e nove anos após a lei – foram realizados, oficialmente, os primeiros atendimentos no serviço público de saúde brasileiro. O primeiro serviço de atendimento ao abortamento previsto em lei foi implantado no Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya-São Paulo, em 1989¹². O fato de existir, até 2004, apenas trinta e sete serviços de referência em todo Brasil¹³ é visto como insuficiente pela maioria dos entrevistados (D1, D2, D4, D5, D6, D7, D8, D9 e D10), entretanto, alguns ressaltam que qualquer hospital público poderia, e deveria oferecer esse serviço, uma vez que é permitido por lei. Os entrevistados D1, D7 e D9 referem a essa dificuldade o fato de os médicos se recusarem a tal procedimento, os docentes D1 e D7 lembram que não é uma obrigação do médico realizar algo que vá contra a sua consciência, mas que por ser um direito da mulher, equipes deveriam ser formadas por médicos que não se opusessem a realizar o abortamento. A implementação desses serviços, portanto, foi tardia e é falha, demonstrando o quão difícil o enfrentamento da questão do aborto representa para a história brasileira. Assim, o aborto que estaria dentro dos permissivos da lei cai na marginalidade da mesma – portanto, o aborto legal como o ilegal se confundem.

No entanto, ainda que compreendamos o código penal como uma declaração da barbárie, a evolução da luta pelo direito ao aborto legal deve ser vista como um processo de conquista, ainda que débil e frágil. Dessa forma, D3 avalia como positivo o surgimento desses serviços e compara a situação há 15 anos quando mesmo nos casos previstos em lei a mulher precisava apresentar diversos documentos para ter direito à interrupção. Ressalta também a ação das delegacias de proteção à mulher contra a violência doméstica e sexual. No caso das instituições médicas vale ressaltar as ações da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que se comprometeu com a garantia do direito à interrupção da gestação dentro do marco legal e vem desenvolvendo, dentre outras ações, o Fórum Interprofissional sobre o Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual, cuja primeira versão aconteceu em parceria com o Centro de Pesquisa e Controle das Doenças Materno-Infantis de Campinas¹². O

objetivo do Fórum foi definir os procedimentos que deveriam ser adotados nos hospitais para realizar este tipo de aborto e estimular a implantação desses serviços, principalmente em hospitais universitários¹⁴.

A participação do Brasil em conferências mundiais também teve significado para o avanço nas discussões sobre os direitos humanos e sobre as questões reprodutivas e sexuais. O país é signatário dos mais importantes tratados e conferências internacionais, dentre elas a Conferência Mundial dos Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995)¹⁵. Os países signatários se comprometeram a proteger e a garantir os direitos estabelecidos e conquistados e a agir efetivamente assegurando-os, dentre eles está o atendimento adequado aos casos de aborto previsto em lei, assim como a atenção humanizada aos casos de aborto inseguro^{15,16}. É nesse contexto que em 1999, o Ministério da Saúde formulou a *Norma Técnica de Prevenção e Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes*¹⁷, pois além de orientar o atendimento à vítima de violência sexual, reforça também a legalidade do aborto em caso de gravidez resultante de estupro. Contribuiu, portanto, para a aceitação e garantia da segurança dos profissionais de saúde na prática do abortamento previsto em lei. Na revisão desta Norma Técnica, em 2005, em que especifica todas as condutas a serem tomadas pelo serviço em caso de solicitação de interrupção da gravidez, nos casos previstos em lei, fica claro a não obrigatoriedade do Boletim de Ocorrência para a aceitação do pedido, uma vez que a lei não exige nenhum documento^{17,18}. A interrupção pode ser realizada até a 20ª semana de gestação, sendo não recomendada após esse período, por não ser mais caracterizado como aborto e por trazer riscos à saúde da mulher. Este mesmo documento do MS ressalta também a não obrigatoriedade do médico em realizar tal procedimento, por objeção de consciência (Código de ética médica art 7º)¹⁹, exceto em casos de risco de vida. Entretanto, deixa claro que é de responsabilidade do médico referenciar a paciente para outro profissional ou serviço que realize. Ainda, segundo esta Norma Técnica, é dever do Estado manter nos hospitais públicos profissionais que realizem o abortamento; caso a mulher venha a sofrer prejuízo de ordem moral, física ou psíquica em decorrência da omissão, poderá haver responsabilização pessoal e/ou institucional¹⁷.

No entanto, apesar dos avanços ocorridos em alguns países, em termos de políticas internas que busquem se adequar às recomendações de Cairo e Beijing, bem como aos compromissos assumidos pela ratificação de tratados internacionais de proteção aos direitos humanos, as mulhe-

res que vivem em países nos quais o aborto ainda é considerado crime, como no Brasil, seguem sofrendo limitações aos exercícios de seus direitos e liberdades fundamentais reconhecidos na legislação internacional e nacional, tais como: o direito de viver livre de violência e discriminação em razão de gênero, o direito à intimidade, à saúde, à vida, à liberdade e à segurança pessoal¹⁶. Sendo assim, mesmo com a elaboração dessas normas técnicas pelo Ministério da Saúde, assim como o debate por instituições nacionais e internacionais, a existência de serviços de aborto legal no Brasil continua precária, tanto numericamente como no que se refere à qualidade do atendimento. Nota-se também que os profissionais da saúde, aqui nessa pesquisa representados pelos docentes Ginecologistas/Obstetras da Universidade Federal de Santa Catarina, desconhecem a existência desses serviços.

Em pesquisa realizada pela organização Católicas pelo Direito de Decidir¹³ sobre os serviços de aborto legal no Brasil, foi constatado que um dos aspectos que revela o contágio da questão da ilegalidade do aborto sobre os casos que merecem atendimento, de acordo com a lei, manifesta-se na relativa invisibilidade dos serviços existentes até mesmo no interior dos próprios hospitais onde funcionam. O presente estudo reforça este dado visto que grande parte dos docentes (D1, D2, D4, D5, D9 e D10) desconhece o Serviço de Aborto Legal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – local onde ministram aulas e muitos trabalham como profissionais especialistas. Em relação ao funcionamento deste serviço, a percepção de que a interrupção de sete gestações por estupro no período de 2002-2007 foram poucas é evidenciada por dois docentes (D6 e D8), sendo que um deles (D8) questiona a divulgação do serviço. Outro docente (D9) afirma que o serviço não funciona de forma adequada, principalmente em relação ao estupro, e relembra de uma situação em que o médico que estava de plantão se recusou a fazer o procedimento, obrigando a mulher a voltar outro dia, quando outro médico que aceitasse a fazer a interrupção estivesse presente. É necessário, portanto, ter em mente que o funcionamento adequado do serviço de aborto legal – incluindo o do HU-UFSC – passa também por uma maior vontade da instituição em abrir de fato o serviço para a população e de sensibilizar os profissionais para que situações como essas descritas pelo docente D9 não se repitam.

Por outro lado, alguns docentes (D3, D10) acreditam que o serviço funcione adequadamente por ter uma equipe preparada. Já D4 ressalta como positivo o fato de ter uma equipe preparada para “filtrar” os casos, ou seja, ele acredita que fora esses sete casos os outros foram forjados pelas mulheres como sendo gestação decorrente de estupro apenas para ter direito ao aborto segu-

ro. Aqui, mais uma vez, observa-se a influência da ilegalidade do aborto no Brasil, mas mais do que isso, fica claro o descrédito desse docente em relação às mulheres em situação de abortamento e o pré-julgamento de que muitas mentiriam para ter acesso ao serviço.

Em relação ao conhecimento da população sobre o aborto previsto em lei, a maioria dos entrevistados acredita que a mesma desconhece o direito ao aborto nos casos decorrentes de estupro (D1, D3, D4, D5, D6, D8, D9 e D10). Os entrevistados D5 e D10 ressaltam ainda que devido ao desconhecimento muitas recorrem ao aborto inseguro. Considerando que a violência sexual é fenômeno de alta prevalência, e que cerca de 30% das mortes maternas resultam de complicações de doenças que já existiam antes da gravidez, muitas mulheres cumpririam as condições para interrupção da gestação dentro da lei²⁰. Entretanto, a prática do aborto previsto na lei em hospitais públicos é absoluta exceção. Isto significa que grande contingente de mulheres, que deveria ter acesso ao aborto com segurança em ambiente hospitalar, coloca sua vida em risco por submeter-se a abortos clandestinos²⁰. Sofrem, portanto, a violência do estupro, a violência da falta de assistência médica e por último recorrem a maior das violências que resulta em mutilação de seus corpos na tentativa de terminar com toda a angústia e sofrimento.

Os docentes D6 e D9 acrescentam ainda que algumas mulheres não procuram o serviço por desconhecimento, mas sim por medo de serem discriminadas por terem sofrido violência sexual. Segundo D6:

(...) elas precisam enfrentar o preconceito de quererem abortar, todo o preconceito de terem sido estupradas. D6

Sendo assim, muitas mulheres que procuram as emergências dos hospitais após terem sofrido estupro sofrem novamente violência pela forma como são abordadas. Dessa forma, por terem os constrangimentos associados a esses serviços, acabam por não buscar atendimento médico e ou o fazem tardiamente, comprometendo as ações profiláticas que devem ser realizadas nas primeiras 72 horas após o evento²¹. Além disso, a pouca divulgação da existência desses serviços, e o fato de a violência sexual ainda ser encarada como uma questão da esfera da segurança pública ou da justiça, podem explicar o baixo número de atendimentos, contrastando com a dramática realidade dos estupros²¹.

Em pesquisa realizada pelo IBOPE, em 2006, a pedido da organização Católicas pelo Direito de Decidir, apontou-se que quase metade dos brasileiros (48%) desconhece as situações em

que o aborto pode ser feito legalmente^{22,23}. Na mesma pesquisa, quando questionado sobre o nome dos hospitais que atuam nos casos de aborto legal em seus municípios, 95% dos entrevistados disseram não saber, não opinaram ou responderam que nenhum hospital poderia realizar o procedimento. Tal falha em relação ao conhecimento desses serviços por parte da população também foi evidenciada neste estudo, no qual vários docentes (D1, D2, D3, D7, D9 e D10) concordam ser necessário que haja um esclarecimento à população sobre os serviços de aborto legal e que deve ser feito tanto pela rede básica de saúde como pelas delegacias de atendimento à mulher. Entretanto, os demais entrevistados (D4, D5 e D8) acreditam que se houver divulgação aberta de que nos casos de gravidez resultante de estupro a mulher tem o direito de interrompê-la, várias mulheres que se deparam com uma gravidez indesejada iriam forjar um estupro para ter acesso ao serviço de aborto legal.

6.2. Sobre a Opressão de Gênero

A questão do aborto, portanto, além de seu vínculo com as questões sócio-econômicas em que milhares de mulheres vivem, está também fortemente relacionado com a questão da mulher, da opressão de gênero. Em várias falas dos entrevistados a mulher é apresentada como a única responsável pelo ato da violência (estupro), pelo ato de engravidar e pelo próprio abortamento. É remetida a ela a imagem de mentirosa, irresponsável e merecedora do ato de violência. Apesar de seus grandes êxitos, o ser humano não conseguiu ainda solucionar problemas vitais da humanidade, como a fome, as guerras, a depredação do meio-ambiente, o racismo, as desigualdades sociais. Entre estas, uma das mais graves é a sofrida pelas mulheres – a opressão de gênero. É lógico que, à medida que as sociedades humanas evoluíram, as formas discriminatórias contra a mulher também se transformaram, tornaram-se mais refinadas, sofisticadas, mas nem por isso menos inadmissíveis²⁴.

A legalidade do aborto, portanto, nunca foi, na história brasileira, sinônimo da possibilidade do mesmo, seja pela falta de serviços, falta de profissionais, falta de divulgação e principalmente pela falta de legitimidade na sociedade para tal ato. Aborto legal, ou ilegal, sempre foi, portanto, aborto – ato repudiado, sinônimo de mulheres em condições de risco, de violência, de constrangimento. Eis por que o processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexu-

ais se integra ao processo mais amplo do movimento dialético de construção da democracia socialista, ou seja, de uma nova civilização (como fim). Políticas públicas com horizonte de reforma social (como meio) só têm sentido se forem voltadas para a justiça social, e para isso, elas têm de ser formuladas e executadas levando em conta as desigualdades de gênero, de classe, de raça e de expressão sexual²⁵.

No entanto, ainda vivemos em uma sociedade repressiva e discriminatória, em que questões referentes à sexualidade e aos direitos reprodutivos não são tratadas como questões políticas e sociais, mas sim como de fórum privado. Sobre essa questão do privado, Michel Lowy em seu artigo intitulado “Um Marx Insólito” descreve o porquê de o autor de *O Capital*, reconhecido como economista e um dos filósofos mais importante do século XIX, ter se interessado em escrever um pequeno livro intitulado “Sobre o Suicídio”²⁶:

“Um primeiro argumento para explicar essa escolha é sugerido pelo próprio Marx na introdução aos excertos: o valor da crítica social francesa às condições de vida modernas, sobretudo às relações privadas de propriedade e às relações familiares – “em uma palavra, à vida privada”. Para empregar uma expressão atual, desconhecida de Marx: uma crítica social inspirada na compreensão de que o privado é político”. (Lowy: 1938,15)

Entre os temas sobre o mundo privado, Marx descreve sobre a opressão que as mulheres eram vítimas. Um desses casos refere-se ao aborto como lembra Lowy²⁶:

“O terceiro caso refere-se a um problema que se tornou uma das principais bandeiras do movimento feminista depois de 1968: o direito ao aborto. Trata-se de uma jovem que entra em conflito com as sacrossantas regras da família patriarcal e é levada ao suicídio pela hipocrisia social, pela ética reacionária e pelas leis burguesas que proíbem a interrupção voluntária da gravidez”. (Lowy: 1938, 19)

O sentido de que o privado é político e, portanto, influenciado pela esfera da coletividade, faz com que a crítica à opressão de gênero esteja dentro do desenho de um projeto civilizatório – que só será de fato civilizatório se incluir a luta pela superação da opressão de gênero. Segundo Lowy, ainda sobre o mesmo livro de Marx²⁶:

(...) este pequeno e quase esquecido artigo do jovem Marx é uma preciosa contribuição a uma compreensão mais rica das injustiças sociais da moderna sociedade burguesa, do sofrimento que suas estruturas familiares patriarcais infligem às mulheres e do amplo e universal objetivo emancipador do socialismo. (Lowy: 1938, 19).

Assim, o processo civilizatório de uma sociedade não deve apenas se restringir ao fim das desigualdades de classe, mas também discutir o fim da opressão específica de certos grupos, como o do gênero feminino, e uma das condições indispensáveis para a realização da emancipação e libertação da mulher é a necessidade de travar-se uma séria batalha contra os costumes e tradições arcaicas e a de conquistar uma nova concepção da relação homem/mulher e familiar. Para Godelier²⁴, as contradições entre os sexos são certamente mais antigas que as contradições entre as classes e não foram estas que deram origem àquelas. Apesar disso, quando as contradições entre as classes aparecem, elas se desenvolvem juntas, sem se confundirem, mas se favorecendo mutuamente²⁴. Se, historicamente, o capitalismo globalizou o seu tipo de assimetria social combatendo outras formas de assimetria, quando essas impediam seu movimento de expansão, é também verdade que esse sistema não se interessou em eliminar totalmente as formas ditas arcaicas de assimetria – como o patriarcado. Isso se deve ao fato de que uma nova forma histórica de assimetria social se vale, em certa medida, dos consensos comuns produzidos pelas formas anteriores. Além do mais, é necessário compreender que o capitalismo não universalizou o tempo histórico de seu centro – o desenvolvimento desigual e combinado o caracteriza. Assim, se em certos países do centro do capitalismo a sociedade patriarcal é quase uma peça de museu, já na periferia ela se interage sinergicamente com a totalidade do sistema capitalista, pois não impede sua evolução histórica. Logo, não se pode travar a luta de classes, visando dar fim à sociedade de classes, que aprofunda e agrava as desigualdades entre os sexos, sem ligá-las intimamente às lutas para suprimir a contradição homem/mulher, que é uma contradição que se desenvolve apoiada na ideologia que apresenta a mulher como um ser inferior em consequência de sua condição biológica. E é também sobre esse prisma que a questão do aborto deve ser analisada, não como um simples ato biológico de se interromper uma gestação, mas sim como um produto das relações assimétricas entre as classes sociais, e de uma sociedade com valores patriarcais que reprime o gênero feminino e lhe impõem valores presos a uma visão de mundo conservadora.

6.3. Superando a Visão Conservadora e a Liberal – Por uma visão da totalidade concreta

6.3.1. Sobre a Visão Conservadora:

A visão conservadora nesse estudo será ligada ao termo conhecido como “cultura patriarcal”. Ainda que esse termo possa ser genérico demais, visto que existem várias formas de sociedades concretas designadas de patriarcais, em todas existem pontos comuns que nos é revelado por Therborn²⁷:

a) Dimensão Intrínseca:

“O Patriarcado tem duas dimensões intrínsecas básicas: a dominação do pai e a dominação do marido, nessa ordem. Em outras palavras, o patriarcado refere-se às relações familiares, de geração ou conjugais – ou seja, às relações de geração e de gênero”. (Therborn, 1941, 29)

Nessas sociedades a dimensão intrínseca sobre a geração cumpre o papel de reprodução da lógica patriarcal (educação da barbárie). Ainda que essa seja a dimensão intrínseca fundamental, é necessário ter em mente que existe uma duplicidade da opressão sobre a mulher. Enquanto se educa o menino sob o controle e a opressão de seu pai (como senhor patriarcal) com o objetivo daquele se tornar um novo senhor patriarcal, cabe à menina oprimida pelo pai (como senhor patriarcal) a educação com o objetivo de se tornar submissa também ao futuro marido (outra dimensão intrínseca). A carga educativa sobre a mulher leva-a, assim, a uma condição de inferioridade de ordem intelectual, biológica, moral, sexual, por toda a sua existência – diferente do menino que sofre uma opressão distinta durante a infância que se ameniza à medida que cresce (ainda que exista na sua vida adulta uma certa obediência ao velho patriarca, o grau de autonomia é muito maior). Segundo Reich²⁸, a sociedade de classe baseada na economia privada se reproduz com o auxílio moral decisivo desse tipo de família, e esta deve ser defendida como a base do Estado, da cultura e da civilização. Ainda segundo Reich²⁸, do ponto de vista do materialismo histórico, a família patriarcal – em especial a pequena burguesa – constitui-se em uma instituição de apoio moral importante para o estado burguês, considerada uma célula ideológica.

b) Dimensão Extrínseca:

“O Patriarcado apresenta também um aspecto extrínseco importante: sua relação com os demais poderes existentes. Em outras sociedades, o patriarcado está explicitamente subordinado à autoridade da Igreja ou aos rituais religiosos institucionalizados perante Deus e, em adição, ou alternativamente, ao Estado”. (Therborn, 1941, 31)

No Brasil, essa relação é muito forte com a leitura hegemônica da Igreja Católica – que estabelece normas e ideais repressivos, (re)produtores de uma ordem de assimetrias de gênero, que promove a secularização do patriarcado. Deus é transformado, por essa leitura, numa entidade que funciona como superego repressivo na sociedade, ou seja, é aquele que vê e sabe de tudo e que julgará baseado numa moral patriarcal a todos, se valendo da ameaça (penalização com o inferno) os transgressores desse código. Já no intramundano, são essas instituições que fazem o papel de vigiar e punir – o confessionalário é a mais clara forma de expressão desse papel. Tal influência religiosa foi observada na resposta de grande parte dos entrevistados (D2, D7, D8, D9 e D10) quando questionados sobre os empecilhos para a implementação dos serviços de aborto legal no Brasil. Para eles, as questões culturais, dentre elas a religiosidade, impedem que haja maior número de serviços, pois influenciam tanto as decisões governamentais como a conduta dos profissionais da saúde que, por questões morais-religiosas, muitos se negam a prestar tal atendimento.

A fala do docente D5, o qual acredita que a organização e divulgação dos serviços de aborto legal dependem de uma maior ação do Ministério da Saúde, reforça ainda que se trata de uma dificuldade política e não técnica, uma vez que os profissionais Ginecologistas/Obstetras que trabalham em hospitais públicos diariamente realizam curetagens uterinas, muitas vezes por abortamentos provocados, mal feitos, e que por isso não haveria diferença técnica em realizar tal procedimento nos casos de aborto legal. Há, portanto, no terreno político, uma forte reação por parte dos setores conservadores contra as propostas de transformação social e cultural nestes campos. Um exemplo contundente é a reação contrária à legalização do aborto. Essa reação produz alianças entre igrejas, partidos políticos e outros setores no sentido de conter avanços no campo legal e das políticas sociais²⁵.

A repressão sexual, em especial sobre o gênero feminino, é de fundamental importância para se compreender a questão do aborto. Na visão conservadora, a mulher é ainda muito vinculada ao papel restrito de mãe e “dona de casa”. Além disso, a recriminação do ato sexual que tenha como fim o prazer ao invés de seu caráter exclusivamente para fins reprodutivos tem relação importante com o aborto e com o controle sobre o corpo feminino. Foucault²⁹, em seu livro intitulado “Historia da sexualidade I: a vontade de saber”, analisou a importância da manipulação da sexualidade como forma de manutenção de uma determinada relação de poder hierárquica presente na estrutura social. Na sua concepção, as relações sexuais sempre serviram como dispositi-

vos para alianças em todo tipo de cultura, seja para sistemas de casamento, seja, por exemplo, para manter herança. Segundo o autor, a estrutura social não é mantida somente pela reprodução, mas também pelo controle do corpo de cada cidadão. Para Foucault²⁹, a família patriarcal, tradicional e burguesa pode ser descrita da seguinte maneira: ela possui duas relações como eixos fundamentais em sua base: a relação homem-mulher e a relação adulto-criança, nas quais o dispositivo de sexualidade pode desdobrar-se, como é o caso do corpo feminino e da regulação do nascimento. Sobre o controle da sexualidade feminina, Reich²⁸ escreveu:

“A mulher não deve figurar como ser sexual, mas apenas como genitora. A ideologia da maternidade, o seu culto, servem essencialmente como meio de não deixar as mulheres adquirirem consciência sexual, de fazer surgir o recalcamento sexual imposto, de fazer parecer a angústia sexual e o sentimento de culpabilidade sexual. O reconhecimento e a afirmação da mulher na qualidade de ser sexual implicaria o desabar de qualquer ideologia da família”. (Reich, 1974)

Não podemos deixar de mencionar também a influência conservadora do poder médico sobre a sexualidade feminina, uma vez que nas diferentes sociedades o corpo feminino tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas. O modelo médico em relação ao corpo feminino se estabelece, então, concordante com as normas sociais vigentes; através das idéias debatidas nas escolas médicas pode-se observar que por meio da legitimação do saber médico construíram-se parâmetros de normalidade restritos para a formação da identidade feminina, limitando as mulheres à função de boa reprodutora e educadora dos filhos³⁰. Em suma, baseada em uma natureza, por aquela que possui a verdade sobre os corpos, a Medicina tratou de temas diversos para fundamentar normas sociais de comportamento³⁰.

Mas, se por um lado o aborto é uma fratura da ordem patriarcal, pois a mulher decidiria pelo futuro da prole (controle do corpo feminino e da regulação do nascimento), é preciso lembrar que nessas sociedades também existem interações sinérgicas com a assimetria de classe, que transformam não raramente o aborto num ato corriqueiro e mesmo clinicamente aceitável na sociedade patriarcal (ainda que seja entendido moralmente como ato abominável). Para compreendermos esse outro significado do aborto é necessário ter em mente que a totalidade concreta de muitas dessas sociedades exigiam delas a existência da figura do cabaré/da casa de prostituição/da prostituta como complemento periférico da grande família patriarcal, pois é nesses locais e com essas mulheres (prostitutas) que se iniciam sexualmente os meninos/jovens patriarcais e que os senhores patriarcais realizam atos sexuais que não poderiam moralmente realizar com suas

“imaculadas esposas” nos “sacrossantos tetos patriarcais” (a imagem de “santa” é moralmente positiva nessas sociedades, ao mesmo tempo em que é repressiva, pois impõe a essas mulheres a couraça restritiva da sexualidade e as características que se espera de uma santa – capacidade de sofrer em silêncio, perdoar tudo, ser apática, etc). As mulheres (prostitutas) são, em sua maioria, oriundas das classes sociais exploradas e são vistas numa condição moral de inferioridade em relação às demais mulheres; assim, não raramente, diante de uma gravidez o aborto lhes caía moralmente como algo adequado a sua natureza inferior (moral patriarcal). Além disso, a criança filha da casa patriarcal e a criança filha da casa de prostituição não são compreendidas como iguais pelo senhor patriarcal e sua sociedade, aliás, para a última não há o reconhecimento da paternidade, o que faz do feto abortado um ser sem pai – o aborto também lhe cai como algo adequado a sua natureza inferior (moral patriarcal). São exemplos dessas diferenciações entre as mulheres as sociedades escravocratas, onde determinadas escravas eram escolhidas pelos senhores para também servirem aos mesmos propósitos (iniciação sexual e prazer sexual); já nas sociedades patriarcais burguesas as empregadas – em especial as domésticas, maioria oriundas das classes sociais exploradas – e as casas de prostituição cumprem esses papéis. Assim devido a essa complementação que chamamos de periférica à família patriarcal, pois não é aceita como igual (casa patriarcal x casa da prostituição; mulher patriarcal x prostituta/ escrava/ empregada; filho da casa patriarcal x filho da casa de prostituição) e não lhe é dividido o poder concentrado nos núcleos patriarcais, as mulheres também têm graus distintos de inferioridade nessas sociedades e o aborto, como fratura moral da ordem patriarcal, também pode ser um ato corriqueiro e cinicamente aceitável.

A influência da visão conservadora sobre o Estado, família e indivíduo, impede a emancipação da sexualidade (em especial a feminina), mas mais do que isso, obscurece a compreensão da totalidade concreta em relação ao aborto, tanto legal como o à margem da lei. Outro forte argumento contra o aborto proferido pelo setor conservador da sociedade, em especial pela Igreja, e também evidenciado nessa pesquisa na fala de alguns docentes, é o da defesa à vida do feto, assim como a ausência de culpa deste novo ser pela violência sofrida pela mulher, no caso do estupro. Eis por que Marilena Chauí³¹ adverte sobre essa tendência conservadora:

“Via de regra, as discussões sobre aborto giram em torno de três eixos principais: o religioso – é pecado? – o jurídico – é crime? – e o biológico – é morte? Na perspectiva conservadora, a discussão do assunto deixa de lado a mãe e privilegia o feto porque enfatiza uma noção abstrata da

vida, encara a sexualidade pelo prisma da procriação e oferece uma resposta afirmativa às três questões acima. O melhor exemplo da atitude conservadora é uma antiga novela de rádio e televisão: *O Direito de Nascer*”. (Chauí, 1984)

A visão conservadora (patriarcal) exige, portanto, como terreno comum a abstração da vida do feto das condições sociais, culturais e econômicas que o cercam, a si e a sua mãe. Exige também a visão bárbara da assimetria de gênero e de geração, o homem dominando a mulher e sua prole. Dessa forma, abortar seria inconcebível sem a autorização do homem progenitor, dono da prole e da mulher. Superar, portanto, a visão conservadora (patriarcal) deve ser um compromisso de toda a força civilizatória.

6.3.2. Sobre a Visão Liberal:

A luta no campo ideológico para romper com a moral conservadora, que ditava para as mulheres a submissão da sexualidade à reprodução, teve um significado muito forte na história da prática política e do pensamento feminista²⁵. O movimento feminista de leitura liberal que se expressou fortemente no final da década de 60 travou uma série de lutas pela liberação das mulheres dessas instituições repressivas e conservadoras que (re)produzem a cultura patriarcal, tendo como uma das principais bandeiras o controle da mulher sobre seu próprio corpo e o direito de decidir sobre as questões sexuais e reprodutivas. Tal movimento tem, e teve, grande importância para as conquistas das mulheres nas sociedades ocidentais de maneira geral, e em especial, nos países do centro do capitalismo. No entanto, a questão individual referente ao aborto, ou seja, a visão de mundo liberal do direito da mulher sobre seu próprio corpo, não atinge as mulheres das classes exploradas – isso ficou mais claro na debilidade desse movimento quando se deslocou para os países periféricos do capitalismo. O corpo não tem o mesmo sentido para todas as mulheres, assim, se levarmos em conta que o menacme (período reprodutivo da mulher) abrange um período aproximado de 35 a 40 anos da sua existência e que o corpo para as classes trabalhadoras é, antes de mais nada, um corpo do trabalho, um instrumento de subsistência (venda de “corpo-de-trabalho”) que se inicia na infância e chega à velhice, podemos compreender que falar do direito sobre o próprio corpo não pode estar preso ao direito meramente reprodutivo desse (que representa uma parcela da noção do corpo, não sua totalidade e nem sequer, para boa parte das mulheres, a noção mais importante). O direito sobre o seu próprio corpo deve incluir, portanto, o

direito de usufruir daquilo que seu corpo produz enquanto corpo do trabalho; usufruir do prazer do corpo da sexualidade (Eros); usufruir do controle (conhecimento) sobre o corpo biológico; usufruir do controle sobre o corpo reprodutor. Eis por que Marcuse³² corrige Freud ao lembrar que nas sociedades capitalistas o princípio da realidade (as necessidades que a realidade impõe ao homem, como o trabalho) não é igual para todos, já que cabe à classe trabalhadora a aspereza de viver o princípio da realidade deixando assim a burguesia, como classe exploradora, todo o prazer de Eros. A realidade impõe para a maioria das mulheres um corpo que elas não têm controle, muito além da dimensão biológica reprodutiva. Estas mulheres só terão controle sobre seus próprios corpos no momento em que não forem mais exploradas (inclusive economicamente), quando se tornarem livres de qualquer opressão, mas isso implica em mudanças sociais muito mais profundas que a visão liberal e o seu mundo capitalista permitem. No presente estudo, parte dos docentes (D2, D3, D5, D8), quando questionados a respeito da legalização do aborto, mostraram-se favoráveis, mas suas respostas se resumiam a esse sentido do direito liberal (abstrato) da mulher em decidir se deseja ou não prosseguir com a gravidez.

Os movimentos feministas liberais em sua luta contra visões de mundo conservadoras apresentam o aborto como um direito da mulher e ao mesmo tempo tentam desumanizar o feto. Essa forma de compreensão da questão do aborto se insere no mesmo terreno falso das visões conservadoras, porque não trabalha com o real. Eis por que Marilena Chauí³¹ adverte sobre essa tendência liberal:

“Na perspectiva das feministas liberais, a ênfase não recai nas idéias da vida e de procriação e a discussão se refere ao feto porque há maior preocupação com a idéia da mulher como pessoa, entendida como individualidade racional, afetiva, consciente, capaz de comunicação e intervenção, livre e dotada de direitos. Assim, a mulher grávida é uma pessoa, enquanto o feto ainda não o é. Portanto, não podendo o feto ser injuriado pessoalmente, o aborto não é pecado, nem crime, nem morte. É encarado como direito de autodefesa da pessoa feminina e como livre decisão à maternidade”. (Chauí, 1984)

Contudo, tanto a visão conservadora como a liberal não discute a totalidade concreta que envolve a questão do aborto e acabam por remeter o direito – de um lado do feto, do outro o da mulher – a uma posição abstrata (o alcance real do direito nunca é remetido). Para Chauí³¹:

“A discussão entre conservadores e liberais pressupõe duas atitudes antagônicas com relação ao que se entende por “feminino”: no primeiro caso, a mulher é identificada com a maternidade, enquanto no segundo, é encarada como um ser humano que pode escolher ou não a maternidade. Esta deixa de ser,

portanto, um destino e uma essência feminina. No entanto, a discussão mantém os adversários no interior do mesmo campo de questões cujos termos não são alterados, mas apenas valorizados com sinais opostos e, ao fim de certo tempo, o debate acaba patinando sem mudar de rumo”. (Chauí, 1984)

Nesse sentido, podemos afirmar que a visão conservadora e a liberal mantêm entre si uma relação de cumplicidade, pois ambas não pretendem compreender (como primeiro passo para transformar) a estrutura social, econômica e cultural que determinam o aborto como fenômeno sociológico.

A discussão sobre a questão do aborto, portanto, não pode permanecer nesse campo da abstração, ou seja, não deve ser vista sob esse aspecto do direito abstrato da mulher (visão liberal) ou ainda em relação à defesa da vida abstrata do feto (visão conservadora), mas sim como um aspecto social e coletivo, como uma via do trágico, em que é seqüela, consequência, de um sistema social que provoca desigualdades e exploração sobre milhares de homens e mulheres.

A visão abstrata do direito (noção liberal) quer nos fazer crer que basta a existência jurídica (legal) para que esteja constituída a legitimidade do direito – desconsidera, assim, que decidir algo é, antes de mais nada, ter condições (sociais, econômicas, culturais, jurídicas...) para exercer tal direito, além do mais ter direito é também ter poder. Portanto, um direito não é concedido, mas algo que é conquistado e conservado, porque ele é um poder²⁵. Na sociedade brasileira, a maioria da população está desprovida de direitos por que está desprovida de poderes. E que, portanto, o processo político no Brasil, ao ser um processo de criação de direitos, é um processo de constituição de poderes, populares, sociais, culturais – que se exprimem como poderes políticos. Nós estamos, portanto, num processo de constituição dos direitos-poderes, mas nós não os temos ainda. O que temos é aquilo que ainda classicamente se chama a democracia formal ou democracia liberal²⁵.

6.4. Superando o Microscópio Médico

A história da evolução das ciências médicas no último século caminha na direção de uma maior capacidade de ver o que era invisível. Segundo Foucault³³, em seu livro intitulado “O Nascimento da Clínica”:

“A Medicina contemporânea fixa para si própria como data de nascimento o final do século XVIII devido à mudanças na estrutura do saber médico. Essa nova estrutura consiste, principalmente, em uma nova maneira de olhar e falar sobre o corpo e seu funcionamento. O que muda fundamentalmente é a relação que estabelece entre o visível e o invisível”. (Foucault, 1980)

Porém, o invisível que agora a Medicina enxerga se restringe a uma espécie de “sensório ampliado do mundo microscópico”, ou seja, a Medicina ampliou sua capacidade de enxergar o que acontece dentro de células, o funcionamento bioquímico do corpo, de imagens de órgãos internos por técnicas sofisticadas (tomografia computadorizada, ressonância magnética, ultrassonografia). Esses conhecimentos produzidos nas questões relativas à validação de procedimentos diagnósticos, eficácia de técnicas de intervenção e ao estabelecimento de prognóstico modificaram de maneira significativa a prática clínica, embora nem sempre seja possível avaliar se tais modificações são todas elas positivas e benéficas, visto que essa opção de aprofundamento tratou de negar outro direcionamento histórico da compreensão do processo saúde/doença que entendesse a visão da totalidade concreta do processo saúde/doença. O que se procura assinalar aqui é o caráter ideológico de tal movimento, que se apresenta, simultaneamente, como capaz de conferir maior “cientificidade” aos conhecimentos empíricos da clínica e aos conhecimentos “excessivamente” contaminados pela sociologia e política³⁴. O saber clínico torna-se assim um saber sobre a doença e não sobre o homem. A prática clínica tem por fundamento a individualização dos casos através da delimitação das relações do indivíduo, objeto da investigação. Isto é, a clínica procede a uma redução ao biológico, não apenas enquanto recurso metodológico, mas também enquanto prática de intervenção. Esta redução acaba por fragmentar a realidade social, transformando a complexidade das relações sociais em fatores isolados, passíveis de medição e de tratamento por meio de modelos matemáticos que, embora sofisticados, são incapazes de reconstruir, mesmo que “palidamente” o real³⁴. Todo esse fortalecimento da clínica (visão individualizada da doença), se utilizando daquilo que denominamos de microscópio médico – sensório ampliado do mundo microscópico – tem criado a falsa consciência de que a clínica é soberana. Sob essa visão o aborto deveria ser visto apenas em relação à viabilidade restritamente biológica do nascimento do feto. Contudo, a história do aborto é um dos capítulos do sofrimento da mulher no mundo e eis por que a ampliação de um sensório não deve caminhar para o mundo restrito do “microscópio médico”, mas sim para uma maior capacidade de entender os processos dinâmicos sócio-culturais das sociedades humanas.

O avanço da Medicina, principalmente com o advento do ultra-som, que se popularizou a partir dos anos 80, quando houve uma evolução significativa na qualidade das imagens, é lembrado pelos docentes D1, D2 e D9, os quais ressaltam que devido ao Código Penal brasileiro¹¹ ser da década de 40, ele não incorpora o avanço diagnóstico da Medicina. Os docentes concordam que nos casos de malformações fetais incompatíveis com a vida – que hoje podem ser diagnosticadas logo no início da gravidez – dever-se-ia oferecer à gestante a possibilidade de interromper a gestação, uma vez que o feto não sobreviveria após o parto. Loureiro e Meloni¹⁴ evidenciaram essa mesma opinião em estudo realizado com médicos de dois hospitais em Ribeirão Preto-SP, em que a maioria dos entrevistados (82%) ampliaria o acesso ao aborto legal no caso de malformação incompatível com a vida. Faúndes e col²⁰ obtiveram resposta semelhante em questionário aplicado aos Ginecologistas/Obstetras associados a Febrasgo, em que 87% se mostraram especificamente favoráveis que o aborto fosse permitido em casos de malformações graves. O que vemos nessa primeira categoria são respostas presas ainda a uma visão do “microscópio médico”, não são capazes, portanto, de apontar que o aborto sempre foi uma manifestação individual de uma crise coletiva.

Em relação à aceitação dos profissionais Ginecologistas/Obstetras quanto à interrupção por risco de vida materna versus por estupro, muitos deles (D3, D4, D7, D8 e D9) afirmam que devido ao lema da Medicina de salvar vidas, a interrupção por risco de vida materna seria mais “natural” para o médico e, conforme D8, mais fácil de caracterizar clinicamente. Soares¹² também observou em sua pesquisa que a interrupção da gravidez por risco de vida no primeiro trimestre da gravidez encontra mais aceitação entre os médicos, sendo que o mesmo não acontece quando a interrupção é decorrente de estupro. O poder médico, portanto, interdita ou referenda a prática do abortamento, facilitando ou criando impedimentos de acordo com o caso apresentado.

A primeira opção trata-se de uma conduta médica, ou seja, o médico decide quando a mulher corre risco e, assim, quando se torna necessário interromper uma gestação. A relação de poder existente entre médico e paciente possibilita tal decisão, e isso acontece desde o surgimento da Medicina quando o conhecimento do corpo humano ficou restrito a um grupo de profissionais – fato que resultou em uma desapropriação do saber pelo povo e, em especial, na medicalização do corpo feminino. O que acontece é que o médico é o único juiz que decide quanto acima do “normal” é o risco – biológico restrito – que a mulher deve estar correndo para que se justifique a interrupção da gravidez, e, em geral, supõe-se que esse risco deve ser muitíssimo elevado para

justificar o aborto. A própria mulher nunca é consultada sobre quanto maior risco – sentido amplo – ela está disposta a correr para ter esse filho, considerando a presença de filhos anteriores, as condições sócio-econômicas, etc²⁰. Por outro lado, no caso de estupro, parte da mulher a decisão de interromper a gestação e para muito médicos isso é inaceitável, uma vez que, na visão deles, não há um a justificativa obstétrica para a interrupção.

A justificativa do aborto como ato legal aparece aqui travestida por uma visão técnica, ou seja, uma apresentação que quer se crer limpa de preconceitos ideológicos. O médico Ginecologista/Obstetra, como técnico conhecedor dos processos biológicos da gestação, quer ser o juiz que permite ou não a mulher à prática do aborto. Eis aqui uma das funcionalidades do microscópio médico, ou seja, usado a serviço nesse caso para reprodução da barbárie. O aborto nunca foi e nem será reduzido a uma visão tecnicista (microscópio médico). É importante lembrar a influência do poder e saber médicos nas definições tradicionais das regras que serviram para reprimir e controlar as vivências sexual e reprodutiva. Influência que se deu tanto no âmbito da instituição familiar quanto dos serviços de saúde. Segundo Foucault³³:

“O século XIX assiste à consolidação de um novo tipo de existência da prática médica; a Medicina como saber científico, que surge no contexto historicamente determinado pela formação da sociedade capitalista, no interior da qual constitui-se o projeto de medicalização dos corpos. Os diferentes estágios desse projeto aperfeiçoarão o papel político da prática médica; o médico passa, então, a ter um papel social mais amplo, transformando-se em educador e guardião da moral e dos costumes – nesse contexto, o controle social se estende à sexualidade e à reprodução”. (Foucault, 1980)

Para o entrevistado D6, existe essa diferença em relação a maior aceitação do aborto em caso de risco de vida por que a mulher que sofre o estupro é discriminada e muitas vezes culpabilizada pela violência sofrida, e isso acaba refletindo no atendimento médico. Soares¹² evidenciou em seu estudo os relatos de curetagem sem anestesia, negligências, maus-tratos, falta de orientação e atendimentos marcados por preconceitos às mulheres em situação de abortamento legal. Em relação ao atendimento, Oliveira e col²¹ observaram como queixa constante o mau atendimento no IML e delegacias, onde as mulheres referiram terem sido atendidas de forma indelicada.

A barbárie sempre teve na história dezenas de justificativas, entre elas podemos ver algumas aqui: a vítima é culpabilizada pela violência e ao mesmo tempo a violência lhe cabe como um ato educacional. O julgamento por parte de médicos que duvidam quanto à veracidade do

estupro e se a mulher está falando a verdade em relação se aquela gravidez foi fruto de um estupro foi observado na fala de algum dos entrevistados:

Qual é a segurança, a garantia que eu tenho de saber que eu não estou sendo um aborteiro, que ela vem me enganar, ela não quer a gravidez e vem pedir pra eu fazer um aborto. O médico não tem nenhum elemento de segurança para se certificar de que aquilo realmente foi um estupro. D1

Será que aquele caso era realmente de estupro? Eu tenho muita preocupação se o dito estupro é estupro. É preciso ter mecanismos pra decidir quem realmente é um motivo de aborto e não sair tendo essa decisão de uma simples palavra. D4

Quando é risco de morte, é uma situação bem clara pro médico, agora quando é estupro, será que foi estupro mesmo? D8

Aqui a mulher estuprada é apresentada como merecedora do ato de violência, sem nenhum constrangimento por parte de um dos docentes da Universidade Federal de Santa Catarina. Sua visão de mundo discriminatória está em cada sílaba de suas palavras a seguir:

(...) existe aquela mulher que provoca a situação e depois ocorre um estupro, quer dizer, é um estupro quase que permitido. Não acho que seja lógico a mulher chegar no hospital e pedir para fazer um aborto por que sofreu um estupro. D10

O entrevistado D6 vai de encontro a esse posicionamento de dúvida e ressalta que muitas vezes a mulher precisa passar pelo constrangimento de expor sua situação após violência sexual e ainda provar que não está mentindo, segundo D6:

(...) quando a mulher não conhece a lei ela não vai, e quando a mulher conhece a lei e vai lá garantir seus direitos ‘ah, você está querendo nos enganar’, é uma coisa que é observada. D6

Se levarmos em conta que a Medicina durante sua história no Ocidente esteve profundamente ligada ao desenvolvimento da clínica e, às vezes, até mesmo reduzida à própria clínica, é no mínimo estranho a preocupação expressa por esses docentes, visto que o interrogatório clínico – conhecido como anamnese – se baseia na “simples palavra” do paciente; sintomas não são aferíveis, dependem portanto de uma simples palavra. O mesmo desconforto não se vê em relação a outros pacientes que descrevem seus sintomas – elementos chaves e não aferíveis da anamnese médica. O que vemos aqui, portanto, é um claro desconforto baseado em uma visão de que a mulher vítima de estupro não é merecedora de credibilidade. Por de trás de uma pretensa “deficiên-

cia” da clínica, se esconde uma visão de mundo conservadora das relações de assimetria e de opressão de gênero. Os crimes sexuais, em particular os de estupro, são socialmente tratados numa perspectiva que oscila entre considerá-los crimes hediondos, principalmente quando praticado contra crianças, ou como fatos banais, comuns. Pode-se afirmar que a visão sobre esses crimes ainda está intimamente vinculada à imagem que se faz da vítima, de seu comportamento e moralidade²¹.

Em 2005 o Ministério da Saúde elaborou um caderno sobre *Aspectos Jurídicos do Atendimento Às Vítimas de Violência Sexual – perguntas e respostas aos profissionais da saúde*³⁵ em que, dentre outras explicações, consta que a palavra da mulher que busca assistência médica afirmando ter sido vítima de crime sexual há de gozar de credibilidade e, pelo menos para o serviço de assistência, deve ser recebida com presunção de veracidade. Segundo Torres³⁵, não se deve confundir os objetivos do serviço de assistência à saúde da mulher com os objetivos da justiça criminal; o objetivo do serviço médico não é condenar ninguém pela prática do crime sexual, mas sim, garantir o exercício de um direito.

O mau atendimento nos serviços de saúde que deveriam assistir as vítimas de violência sexual pode ser relacionado tanto a esse posicionamento discriminatório e conservador – como evidenciado na fala desses docentes – assim como ao despreparo dos profissionais em relação ao aborto legal, e que tal deficiência se remete a uma falha na formação médica.

Os entrevistados (D1, D2, D4, D7, D9 e D10) afirmam que a falta de preparo de equipes dificulta o surgimento de novos serviços de aborto legal. O docente D1 ressalta a importância do Ministério da Saúde em divulgar os serviços à população assim como aos hospitais e equipes médicas, além de capacitá-las para tal atendimento. Já o entrevistado D2 reforça que há um despreparo na formação de médicos, principalmente Ginecologistas/Obstetras, em relação ao aborto legal, assim como o despreparo de instituições – inclusive universitárias – para prestar tal serviço. O objetivo da formação de equipes seria para melhor atender as mulheres nessa situação e assim evitar os casos em que a paciente chega ao serviço de referência e os profissionais se recusam a fazer o procedimento da interrupção da gravidez. D7 relembra que o médico não é obrigado a aceitar a realização do abortamento legal – exceto em casos de risco de morte – e por isso o treinamento de equipes seria fundamental para a implementação de serviços de aborto legal de qualidade. No entanto, os diversos contextos políticos, influenciados pela moral vigente, criaram obstáculos à implantação da assistência ao abortamento previsto em lei e aos agravos resultantes

da violência sexual nos estados brasileiros. Uma das dificuldades para a implantação dos serviços tem sido a de identificar profissionais de saúde disponíveis para atuar. Soares¹² evidenciou que alguns profissionais temem ser julgados pela sociedade, serem tachados de "aborteiros" e legalmente incriminados pela interrupção.

O entrevistado D2 refere que talvez não haja um maior incentivo à estruturação de serviços de aborto legal no Brasil pelo próprio desconhecimento da sociedade sobre a legalidade de se interromper uma gestação decorrente de estupro. Já o docente D7 credita essa desinformação muito mais aos médicos, sendo que muitos ainda acham que estão desprotegidos pela lei e que pode haver alguma complicação decorrente do ato de se praticar o aborto legal. Loureiro e Meloni¹⁴ também observaram, em estudo realizado com médicos em dois hospitais em Ribeirão Preto, grande porcentagem de profissionais com baixo conhecimento (31,5%) em relação à legislação sobre o aborto. Embora alguns aspectos das leis sejam bem conhecidos, os itens problemáticos para grande parcela dos entrevistados são aqueles relacionados com a aplicação prática da lei do aborto¹⁴. Tratando-se de médicos especialistas, é importante frisar que seria desejável uma melhora desse nível de conhecimento. Parece, portanto, que a questão do aborto previsto em lei não tem preocupado – de forma consciente ou não – os especialistas Ginecologistas/Obstetras, como evidenciado em pesquisa realizada por Faúndes e col²⁰, embora dependa deles que as mulheres que sofrem as situações em que o aborto não é punido possam ter acesso ao mesmo em hospitais públicos e não precisem recorrer às condições sórdidas e perigosas da clandestinidade²⁰.

Quando questionados quanto à conduta em caso de paciente com história de gravidez resultante de estupro e desejo de interromper a mesma, três docentes encaminhariam para um serviço de referência (D5, D6 e D7). O entrevistado D7 lembra da importância do atendimento por uma equipe multidisciplinar que oriente à mulher de todas as possibilidades, desde a interrupção até permanecer com a criança ou dar para adoção. Reforça a importância do amparo psicológico à paciente. Apenas D6 fala especificamente do Hospital Universitário da UFSC como referência, por ser o único de Florianópolis, e até então de Santa Catarina, que realiza interrupção legal da gravidez. Diferente dos demais entrevistados, D6 assume que em caso de paciente particular faria ele próprio a interrupção da gravidez – se assim fosse a escolha da paciente – uma vez que há amparo legal para esse procedimento e assim evitaria que a paciente passasse por situações constrangedoras, como já foi ressaltado por esse mesmo entrevistado em outra categoria. No entanto, parte dos docentes, erroneamente, responderam que encaminhariam para delegacia para realiza-

ção do boletim de ocorrência (D2, D3, D8 e D10). Os docentes D1, D4 e D9 cometem um erro ainda maior por acharem necessário a decisão judicial para interrupção da gestação decorrente de estupro. Tais professores desconhecem, portanto, que não há amparo legal para a obrigatoriedade da realização do boletim de ocorrência nessas situações, e que o atendimento nos serviços de aborto legal independe desse documento. Desconhecem, portanto, a lei, a normatização do MS sobre abortamento legal, e quanto ao funcionamento do serviço do HU-UFSC, o qual não obriga a apresentação do B.O. No entanto, há muita resistência por parte dos médicos em só aceitar o pedido da interrupção perante a apresentação do boletim de ocorrência – vale lembrar que essa conduta é respaldada pelos conselhos de Medicina. Para o entrevistado D1:

(...) aquilo que eles estão querendo fazer com o médico, de jogar nas costas do médico de a paciente chegar e dizer que aquela gravidez é decorrente de estupro e solicitar o aborto é absolutamente imprudente, porque o médico não tem nenhum elemento de segurança para se certificar de que aquilo realmente foi um estupro, não houve todas as preliminares da queixa crime, o delegado não encaminhou o exame de conjunção carnal e lesão corporal, o juiz não avaliou, não deu autorização. D1

Segundo Torres³⁵:

“O boletim de ocorrência não prova nada, é apenas uma notícia do fato. Não se pode confundir assistência médica com inquérito policial. Ninguém pede pra uma pessoa que foi assassinada uma prova de que sofreu tentativa de homicídio”. (Torres, 2005)

Parece evidente que os professores da UFSC entrevistados, Ginecologistas/Obstetras, desconhecem a legalidade do processo e a conduta frente a esta solicitação, não estando, portanto, informados o suficiente para orientar os estudante sobre a questão do Aborto Legal no Brasil. É possível desprender daí que esse seja um dos empecilhos para o cumprimento da lei. O resultado obtido na presente pesquisa é semelhante ao que foi encontrado no estudo de Loureiro e Meloni¹⁴, no qual 74% erraram ao afirmar que é necessário o boletim de ocorrência e 65% ao afirmar que é necessário o laudo do Instituto Médico Legal (IML). Outro resultado coincidente foi obtido por Faúndes e col²⁰, em questionário aplicado aos sócios da Febrasgo, em que dois terços dos médicos responderam que é preciso alvará judicial para praticar aborto previsto na lei. A que se ressaltar, que o fato do precário conhecimento relativo à lei por parte dos Ginecologistas/Obstetras – e que aí estaria parte da recusa em realizar o procedimento – é no mínimo estranho que isso ocorra especificamente no caso do aborto, pois esses mesmos especialistas realizam

diariamente diversos outros procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, sem tamanha preocupação com a questão legal.

Mesmo assim, para garantir segurança jurídica adequada aos profissionais da saúde que realizam o abortamento legal, em 1º setembro 2005 o Ministro da Saúde Saraiva Felipe expediu a Portaria nº1.508 que dispõem sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei no âmbito do Sistema Único de Saúde³⁶. A primeira fase é constituída pelo relato circunstanciado; a segunda fase dá-se com a intervenção do médico que emitirá parecer técnico após detalhada anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, avaliação do laudo ultrassonográfico e dos demais exames complementares que por ventura houver; a terceira fase é a assinatura da gestante no Termo de Responsabilidade que conterà advertência expressa sobre a previsão dos crimes de falsidade ideológica (art.299 do Código Penal¹¹) e de aborto (art.124 do Código Penal¹¹), caso não tenha sido vítima de violência sexual; a quarta fase se encerra com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da mulher³⁶. Além disso, de acordo com o art.20 do Código Penal¹¹, é isento de pena quem, por erro plenamente justificado pelas circunstâncias, supõem situação de fato que, se existisse, tornaria a ação legítima.

Nota-se, portanto, que toda a responsabilidade do ato recai sobre a mulher, que já passou pela violência sexual, precisa assinar vários termos, sendo que em um deles a adverte quanto ao risco de ser presa caso não esteja falando a verdade. São, portanto, ações que constroem e humilham aquela mulher que para ter seu direito assistido necessita submeter-se a várias provações. Os médicos ficam isentos de responsabilidades; sendo assim, sua recusa em fazer tal procedimento é um ato de barbárie que impõe opressão e discriminação às mulheres. A apresentação de uma visão ideológica não se faz pela afirmação de que essa se constitui numa falsa consciência, ou seja, o ideólogo não vê sua argumentação como ideologia, mas sim como consciência real. A justificativa do boletim de ocorrência, do exame pelo IML, da autorização judicial, são racionalizações ideológicas que escondem a consciência real sobre o aborto e sobre a mulher.

Em relação à abordagem do tema no curso de graduação em Medicina na UFSC, os entrevistados D2, D7, D8 e D10 desconhecem se tal tema é abordado. O docente D7 afirma que seria importante falar sobre aborto legal, principalmente nas últimas fases do curso, D2 expõem também essa necessidade, uma vez que nessa etapa os alunos fazem muitos plantões nas emergências dos hospitais e que, por isso, não devem ter dúvidas quanto ao atendimento de pacientes nessa situação. Já D10 sugere que se elaborem fórum de discussões em que o tema aborto legal não

fique restrito à parte técnica, mas que haja uma discussão de toda a questão social e psicológica envolvida – essencial para a formação do médico, na sua opinião. Ressalta ainda que o aborto legal é um ato muito mais amplo do que o de tirar uma vida e que, às vezes, tirar uma vida significa repor algumas vidas, porque abrange o âmago de uma família, de uma estrutura, de uma história, de um contexto. Nota-se certa contradição por parte deste docente (D10), que em outras categorias se refere à mulher como causadora do ato da violência sexual, e que o aborto nessas situações não poderia ser realizado tão facilmente.

Os docentes D1, D3, D4, D5, D6 e D9 avaliam como insuficiente a abordagem do tema no curso de Medicina e que isso precisa ser corrigido. O entrevistado D4 reforça ainda que a única forma que o tema aborto é colocado para o aluno é quanto a sua definição e classificações:

(...) aborto se coloca para o estudante como um aborto espontâneo, evitável ou provocado. D4

Afirma ainda que como ele próprio desconhecia a existência do serviço de aborto legal do HU-UFSC, muitos dos seus colegas que já se formaram e dos que estão agora no curso também desconheçam. Para ele, a maior discussão e conhecimento sobre o tema provavelmente mudem a forma de pensar dos futuros profissionais, tornando-os mais capacitados e dispostos a realizar tal procedimento. O entrevistado D6 compartilha da mesma informação de que o aluno não sabe lidar com o tema aborto legal, não tem conhecimento para onde encaminhar e como orientar pacientes que se encontrem nessa situação. Da mesma forma ressalta que o desconhecimento não é só dos alunos, mas também dos professores e daqueles que atendem diretamente as mulheres. Conclui-se, portanto, que, por ser um direito previsto em lei, a aplicação prática do aborto legal deveria ser mais bem conhecida dos médicos especialistas da área. Por ser um problema de saúde pública, o atendimento ao aborto deveria ser enfatizado nas escolas médicas, sendo necessária uma melhora no ensino médico na área de direitos reprodutivos como direitos humanos e de acesso à saúde¹⁴.

A assistência às mulheres vítimas de violência sexual, como uma ação de saúde, trouxe para o cotidiano dos serviços temas como o abortamento, a violência sexual e doméstica e as relações de gênero que se configuram como de difícil compreensão para os profissionais. Dentre outros motivos, o despreparo para lidar com estas questões esteve relacionado com a falta de capacitação e do conseqüente domínio de instrumental teórico e prático para tratar dos agravos resultantes da violência sexual, uma vez que este tema não faz parte da formação acadêmica dos

profissionais de saúde, junto à crença de que esta não é uma problemática pertinente ao setor saúde¹². Os estudos de Schraiber¹² apontam a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com problemas da esfera social e da subjetividade humana, sobretudo aqueles com formação estritamente baseada no modelo biomédico. Tal fato, muitas vezes, não se limita à inabilidade quanto às ações práticas, mas ao fato de, muitas vezes, não conseguirem visualizar os aspectos sociais e culturais relacionados aos problemas de saúde e a inabilidade de lidar com aspectos emocionais.

Um dos principais papéis que uma universidade deve cumprir é o de conhecer, interpretar e enfrentar os problemas da sociedade. Enfrentar o problema significa, portanto, ter a capacidade de compreender seus significados e de desenhar soluções para os mesmos. A universidade como agente civilizatório deve, portanto, estar disposta a enfrentar todos os tipos de dogmas. O aborto, tanto legal como à margem da lei, constitui-se num problema que a universidade e toda a sociedade devem enfrentar.

A visão que nesse texto designamos como “microscópio médico” – visão tecnicista e biológica restrita – tende a classificar o aborto como um ato puramente biológico. Coloca-se para o aluno o aborto como sendo interrupção da gravidez com 20-22 semanas ou feto menor 500g, podendo ser classificado ainda como aborto completo, incompleto, retido, infectado, espontâneo ou provocado³⁷. A forma como este tema é abordado no curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, assim como na absoluta maioria dos livros-textos de Obstetrícia, exclui o entendimento ampliado da perspectiva sociológica do ato de abortar. Não é capaz, portanto, de enfrentar qualquer cadeia que prende a possibilidade de emancipação das questões referente ao aborto e, portanto, de uma das páginas de opressão de gênero e de classe.

6.5. O Trágico como Dilema da Dor e do Sofrimento – O Ato de Abortar

Para Kosik³⁸, o trágico não é uma escolha, o trágico é um dilema na qual qualquer uma das opções da saída individual do impasse do trágico leva necessariamente à dor e ao sofrimento. Eis por que vários indivíduos de grupos indígenas brasileiros que não conheciam uma outra vida, a não ser a vida plena, ao serem brutalmente escravizados pelos invasores europeus cometiam abortamento ou infanticídio. Acusadas de práticas abortivas foram também, inúmeras vezes as escravas – o aborto e o abandono das crianças, filhas de escravas, estavam ligados à tentativa de

livrá-las da escravidão³⁹. Entre o trágico de viver uma sub-vida e o ato trágico do aborto e do infanticídio, essas mulheres optaram pelo último. Tal opção trágica leva necessariamente à dor e ao sofrimento, porém, o ato de abortar tanto nesses exemplos históricos como nos dias atuais é uma expressão individual de uma crise coletiva (sociológica). O problema era a escravidão como relação assimétrica de poder entre o senhor de escravo e o índio/negro escravizado. Hoje ainda é fruto de uma série de relações de assimetria de poder econômico-social, cultural, que produzem, potencializam e distribuem tanto a saúde como a doença – e aqui se inclui os aspectos sexuais e reprodutivos. Os produtos dessas relações – em especial econômicos e políticos – são os determinantes das condições de vida, nesse caso, sub-vida.

No presente estudo, dois entrevistados (D4, D8) concordam parcialmente com a lei atual, ambos afirmam que no caso de risco de vida da mulher o aborto estaria justificado, mas no caso do estupro não concordariam, pois acreditam estar matando uma vida. Em relação à legalização do aborto, D4 e D9 colocaram-se contra. Como justificativa, D4 acredita que o feto que está sendo gerado também tem o direito à vida:

(...) acho que a vida é um direito daquele ser que está ali, depois de grávida eu acho que o direito, falando em direito, não é só dela, é do ser que ela está gerando também. Por isso que eu digo, vida é vida, então assim, aquele ser já tem direito, por isso que eu não posso pensar em uma legalização do aborto à vontade da mulher ou do casal. Eu sou contrário à legalização do aborto por isso, eu acho que a criança, o ser que está ali sendo gerado, também tem direito. D4

O direito à vida do feto e, portanto, sua humanização, tem sido usada como forte argumentação contra a prática do aborto. Porém, o direito à vida parece não estar conectado ao real, o direito se apresenta como uma pura abstração, pois em nenhum momento a vida sofre alguma forma de qualificação. As mulheres que são postas ao abortamento à margem da lei, e de forma insegura, são, em sua ampla maioria, mulheres que sofrem diariamente com a exploração e opressão patriarcal e sócio-econômica que as submetem a uma sub-vida (sub-emprego, sub-alimentação, sub-moradia, sub-educação...) e são dessa forma excluídas de todo o direito básico que uma vida deveria merecer. O feto, portanto, não está encapsulado em um útero deslocado do mundo real que o cerca, assim como sua mãe – é também vítima da barbárie. Logo, abortar não é um ato de ódio à vida, de ódio ao feto, mas é o desejo de que uma sub-vida não se perpetue.

Dessa forma, o aborto à margem da lei pode ser visto como um ato de desespero, um ato trágico, em que milhares de mulheres são expostas anualmente. A ideologia dominante de uma

sociedade bárbara produz o falso conceito de que a vida para todos representa o mesmo significado – contudo, viver uma sub-vida não é o mesmo que viver uma vida plena. Para Marx⁸, o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas, para viver, é preciso antes de tudo comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais. Há uma tendência generalizada a tratar o aborto como se este não fosse um fenômeno cultural, físico e psíquico dotado de simbolismos profundos e como se, na prática, não fosse vivenciado pelas mulheres como um ato sem liberdade e sem autonomia, algo que lhes é tão imposto quanto a maternidade (avesso e direito da mesma ideologia repressiva, uma forma de culpa)³¹. Em relação ao aborto, Chauí³¹ descreve a forma como ele é vivenciado pela maioria das mulheres brasileiras:

“É vivido como ausência de liberdade (imposição social e moral) e como violência. *Imposição*: há punições e sanções variadas para as mulheres, tanto quando não abortam como quando abortam. *Violência Física*: não só em decorrência das péssimas condições em que é realizado para a maioria das mulheres, mas também porque as mulheres sentem que nele algo é extirpado do corpo. Simbolicamente, portanto, o aborto é investido de uma carga afetiva mais dramática que a extração de um dente ou de um apêndice, ainda que clinicamente seja tão ou mais simples. *Violência psíquica*: numa cultura cristianizada, na qual não há acordo quanto à vida ou não-vida do feto e na qual a maternidade define a essência do feminino, o aborto surge nas vestes da culpa e da falha”. (Chauí, 1984)

É bem verdade que o aborto não pode ser compreendido meramente por questões psicológicas e tampouco reduzido a um determinismo social (mecanicista, simplista). Assim, é compreensível que, apesar de viver uma sub-vida, ampla maioria das mulheres assumam a maternidade (uma saída individual trágica nessa situação de sub-vida) ao invés do aborto (a outra saída individual trágica nessa situação de sub-vida) – percebe-se, portanto, que ambas as vias, maternidade ou aborto, fazem parte da totalidade concreta que envolve as condições de exploração e opressão sofridas pelas mulheres à margem da sociedade. Mesmo assim, observa-se que tanto nos exemplos históricos supracitados (a índia e a negra escrava) suas respectivas populações e suas respectivas sociedades, assim como as mulheres da sociedade atual, não optaram majoritariamente e hegemonicamente pela via do aborto/infanticídio. Os povos optam na maioria das vezes pela vida e se colocam contra o aborto/infanticídio/suicídio, porque vem na opção pela sub-vida a possibilidade do vir a ser uma vida de fato plena. Essa possibilidade tanto numa esfera subjetiva (religiosa, que vê o paraíso como a possibilidade de ter uma vida plena) como numa esfera objetiva, na possibilidade terrena da luta pela libertação.

Contudo, isso não transforma o aborto num ato antinatural dessas sociedades (índia escravizada, negra escravizada e a atual), pelo contrário, complementa o cenário da tragédia. A referência que Marx²⁶ faz ao suicídio pode ser correlacionado ao ato do abortamento:

“Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está na natureza de nossa sociedade gerar muitos suicídios, ao passo que os tártaros não se suicidam. As sociedades não geram todas, portanto, os mesmos produtos; é o que precisamos ter em mente para trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto”. (Marx, 1838)

6.6. O Corpo como Testemunha

Em relação à legalização do aborto no Brasil, os entrevistados D2 e D8 ressaltam que o direito à interrupção voluntária da gestação deveria ser oferecido em hospitais públicos, sem fins lucrativos, garantindo assim um atendimento adequado a essas mulheres. Para D1, D3, D5, D6 e D8, as mulheres que realizam abortos inseguros, de forma clandestina, se submetem a grandes riscos como infecção, perfuração uterina, infertilidade e até morte. Para D6:

(...) não é por que é proibido que as mulheres não praticam o aborto, uma mulher que está determinada a não ter aquele filho, ela vai morrer, mas ela não vai ter aquele filho. D6

Apesar das restrições legais existentes no Brasil, Oliveira²¹ apontou que, de cada mil mulheres em idade fértil, dezoito já haviam sofrido seqüelas de aborto e, de cada quatro que haviam se submetido a um aborto clandestino, uma já havia sido internada com complicações que levaram à infertilidade, ou até mesmo à morte. Hoje o aborto é considerado a 4ª causa de morte materna direta². Este indicador revela a exclusão social das mulheres, já que 90% dos casos das mortes maternas acontecem na população que ganha até dois salários mínimos e mora nas regiões periféricas das grandes cidades¹⁶; a prática do aborto inseguro, portanto, evidencia as diferenças sócio-econômicas, culturais e regionais diante da mesma ilegalidade¹. Para os entrevistados D1, D3, D6 e D8, no Brasil as mulheres de classes sociais mais ricas realizam aborto voluntário em clínicas clandestinas, têm, portanto, acesso ao procedimento seguro. As mulheres que se submetem a abortos inseguros são, portanto, aquelas das classes mais pobres – maioria no Brasil.

Se a história pode ser lida através da mudança dos processos da infra-estrutura (meios de produção) – materialismo histórico – ou se a evolução biológica dos seres vivos pode ser lida por meio da aquisição de novas características capazes de dar maior habilidade a determinada espécie, em detrimento a outra – darwinismo – ousamos afirmar que falta ainda a descrição da história do homem através de seu corpo como testemunha. Por isso lembramos aqui a interpretação sociológica de Marilena Chauí³¹ ao descrever as características do corpo como testemunha do quadro “A Negra” (Tarsila do Amaral, 1923):



“A melancolia dolorosa de A Negra revela a mulher escrava que ofereceu seu leite (o grande seio) e seu trabalho (seus pés e suas mãos) ao dominante branco. Não é sensualidade o que vemos aí. Vemos dor e abandono de um corpo usado como se fosse coisa, porque corpo fecundo e oprimido”. (Chauí, 1984)

O corpo de “A Negra” não representa apenas um indivíduo, é sim uma expressão sociológica da escravidão transcrita no corpo, em especial das condições das mulheres escravas. Nesse sentido, o corpo de milhares de mulheres vítimas do aborto inseguro também é um quadro amplo e trágico da existência de uma barbárie que se perpetua deixando marcas (infertilidade, perfuração uterina, hemorragias severas, aderências, dor pélvica crônica, infecções, sepse, mortes) – são, portanto, testemunhas da perversidade. O corpo do aborto trágico também é uma expressão sociológica das condições de sub-vida, em especial das mulheres que sub-vivem nessas condições sub-humanas.

Sendo assim, a ilegalidade do aborto não afeta da mesma maneira as mulheres brasileiras – as que sofrem riscos e seqüelas são as mesmas que lutam para viver, que não têm acesso à moradia, à saúde, ao trabalho, em fim fazem parte da grande massa de excluídos desse país. As mulheres, portanto, com suas marcas pelo corpo, são testemunhas da barbárie da sociedade em que vivemos. A exploração de homens e mulheres, a falta de condições para se ter uma vida digna, a opressão de gênero, o não acesso à saúde, marginalizam parte da sociedade e obrigam mulheres a colocar suas vidas em risco quando se deparam com uma gravidez indesejada. Além da violência que sofrem por toda essa privação dos direitos humanos, ainda precisam se submeter à própria violação de seus corpos.

Em relação aos riscos do aborto inseguro, os entrevistados D1 e D6 relembam que, na época em que o Cytotec® era comercializado, os índices de morte materna reduziram drasticamente; entretanto, após a proibição, as complicações por abortamento inseguro aumentaram. Em relação a este fato, observa-se claramente a barbárie expressa na fala de D1 ao concordar com a liberação do Cytotec® da seguinte forma:

(...) que pelo menos se disponibilizasse maneiras limpas, como Cytotec®. Se você sabe que elas vão fazer o aborto de qualquer jeito, vire as costas – foi o que o governo não fez. Tirou o Cytotec® da farmácia, se ele tivesse ficado quieto, tivesse virado as costas...quem não quisesse se arriscar, não usaria, mas ao mesmo tempo a gente economizaria aí, no SUS – cada aborto infectado custa uma fortuna para o sistema de saúde. D1

Nunca foi uma saída solidária e regida, portanto, de valores generosos o “virar as costas” para os grandes problemas da sociedade. Nunca foi uma saída civilizatória para uma universidade federal pública que deveria ser sinônimo de agente emancipador assumir uma postura política como a dessa proposta. Percebe-se nessa fala negligência e abandono das mulheres que se encon-

tram na situação limite em decidir pelo aborto ou não. A opção de se liberar medicamentos abortivos não se iguala à legalização do aborto, em que o Governo deve se responsabilizar pela assistência assim como o serviço de saúde deve estar preparado para atender tal demanda.

Kosik³⁸ aponta para o pequeno livro de Franz Kafka “A Metamorfose” como a mais sombria previsão do século XX. Na interpretação apresentada por Kosik deste livro, o século XX é o século do anti-trágico, ou seja, o não reconhecimento da tragédia como tal caracteriza a previsão de Kafka. O aborto não mais reconhecido como um ato de tragédia representa muito essa faceta. A indiferença caracteriza, portanto, a humanidade na previsão sombria de Kafka. Eis por que podemos compreender agora a fala do docente D1 que num ato “kafkniano” sugere ao Estado brasileiro virar as costas (ser indiferente) ao trágico. Outro docente reproduz também em sua fala a perversidade e a discriminação desta sociedade bárbara sobre aqueles que sofrem todo o tipo de exploração e opressão sócio-econômica, que vivem, ou melhor, sub-vivem na miséria. Para esses, o entrevistado D5 se coloca a favor da legalização do aborto como um meio de controle de natalidade com o objetivo de, segundo suas palavras:

(...) conter esse aumento da pobreza. Enquanto continuar nascendo gente desse jeito essa pobreza vai continuar aumentando, essa criminalidade vai continuar aumentando, e isso vai refletir tudo nos nossos filhos. E depois, são esses aí que vêm nos assaltar, que vêm com revólver na sinaleira, que vêm fazer os assaltos relâmpagos, os estupros, vão atingir os nossos filhos. Então, eu tenho certeza absoluta que enquanto não houver um controle de natalidade bem rigoroso nesse país, a situação não vai melhorar. E uma das maneiras de controlar seria o aborto legalizado. D5

Os entrevistados D1, D3, D9 e D10 mostram-se receosos quanto à liberação do aborto nesse momento no Brasil, pois temem que se torne método contraceptivo. Não visualizam, portanto, que o ato de abortar trata-se de um ato trágico e violento àquelas que se submetem, não é de forma nenhuma sinônimo de prazer e liberdade. O fato de ser legalizado mudará a forma como este procedimento será realizado – em hospitais públicos, por equipes capacitadas – mas enquanto vivermos em uma sociedade regida pela opressão e desigualdade, o aborto continuará sendo um ato trágico. D6 critica essa forma de pensar (uso do aborto como método contraceptivo), pois acha totalmente incoerente a idéia de que as mulheres deixariam de se proteger, uma vez que haverá a garantia do aborto depois. Os entrevistados D1, D3, D8 e D10 reforçam a necessidade em se investir em educação, em maior distribuição e acesso a todos os métodos contraceptivos. Acreditam que essa discussão deve ser concomitante à legalização do aborto no Brasil. As opini-

ões, portanto, obtidas de um grupo específico de docentes Ginecologistas/Obstetras entrevistados nessa pesquisa, oscilam entre posicionamentos mais liberais, como a modificação da lei para casos de malformações fetais incompatíveis com a vida, até uma legalização aberta para todos os casos e, para um pequeno número, como algo não aceito devido à concepção de que o feto teria direitos ou pelo medo de que o aborto se torne um método contraceptivo.

É importante frisar que a legalização do aborto não pode ficar restrita ao âmbito da lei, é imprescindível o acesso a todos os métodos contraceptivos e medidas educativas, além da concreta implementação da Lei do Planejamento Familiar – porém, mais do que isso, deve-se lutar por mudanças econômicas, sociais e culturais efetivas que libertem mulheres e homens da exploração e da miséria em que vivem para que a liberdade se torne algo real e concreta e não um mero direito abstrato para o povo brasileiro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

7.1. Socialismo ou Barbárie – Sobre a Síntese de Luxemburgo

A civilização ao longo da história tem se apresentado como um valor positivo frente ao valor negativo designado como barbárie – ainda que seja necessário ressaltar que o conteúdo histórico da civilização tenha se valido, e ainda hoje se vale, da barbárie. Sendo assim, o que nos interessa nessa pesquisa é o significado que Rosa Luxemburgo criou ao sintetizar sua fórmula: “Socialismo ou Barbárie”⁴⁰. Para ela a humanidade, no início do século passado, estava diante da escolha: ou o triunfo do imperialismo (como senso histórico até então representado como sinônimo de civilização) ou a vitória do socialismo (como novo senso histórico de civilização). Para Rosa, o socialismo é uma possibilidade objetiva, fundamentada sobre o real, sobre as contradições internas do capitalismo, sobre as crises e sobre o antagonismo aos interesses de classe⁴¹. No presente estudo, civilizar continua sendo emancipar-se enquanto sociedade das visões e práticas conservadoras de opressão e de injustiça, ou seja, é sinônimo de socialismo.

A barbárie também adquiriu novo significado negativo, não somente o da inferioridade do outro (cultural, político, econômico, social, moral, sexual...), mas sim como produto das relações assimétricas – econômicas, culturais, de gênero – que oprimem, exploram e geram sofrimento e dor a milhares de seres humanos e gerações. Eis por que a velha máxima de Rosa Luxemburgo carrega também a afirmação categórica de que a alternativa se restringe ou ao socialismo (enquanto nova civilização) ou a barbárie (representada pelo capitalismo). Não existem outras vias e nem existe meio termo como, por exemplo, reformar o capitalismo como fim – proposta reformista. Isso se deve a outra certeza e significado impresso na velha máxima – quando Rosa escreveu essa síntese tinha a clarividência de que os horrores da primeira guerra mundial, a fome, a miséria, a exploração, em fim todos os produtos da barbárie moderna eram frutos inequívocos do sistema capitalista, porque esse sistema é ontologicamente patológico, bárbaro e perverso. Assim, o fim social do aborto trágico está intimamente ligado ao fim social de toda a barbárie – processo (como movimento) e sociedade (como fim), a qual chamamos de socialismo (novo teor civilizatório).

7.2. Sobre a resolução coletiva do trágico

Sartre⁴² foi reconhecidamente um dos principais filósofos do século XX – um filósofo da liberdade. Para ele⁴², o fato de o ser humano ser diferente de um objeto inanimado qualquer (como uma cadeira, por exemplo), não estar determinado a priori (em sua gênese) a um objetivo de existência, caracterizava a possibilidade de escolha, portanto de liberdade que nós humanos temos. Porém, quando a existência objetiva é demasiadamente rígida e mesmo ríspida como aquela que designamos de sub-vida (na qual milhões de brasileiros estão submetidos) a ponto de a escolha (ação de liberdade) se tornar demasiadamente estreita, vemos o leque de opções se restringir drasticamente, e não raramente, transformar-se em um dilema trágico – onde o impasse e qualquer saída individual envolvem necessariamente sofrimento.

O aborto a que esse texto se interessou é o aborto do trágico – aquele que possui forte expressão sociológica – não o da visão abstrata da vida (aborto na visão conservadora), nem tampouco o da visão abstrata do direito de escolha sobre o seu próprio corpo (aborto na visão liberal). Nos interessa o aborto que vitima milhões de mulheres e crianças (fetos) e que nada mais é do que o complemento trágico do quadro maior onde também se desenha uma maternidade e uma infância de sofrimento e de sub-vida – totalidade concreta do trágico. Abortar nunca foi uma escolha recheada de liberdade (no seu sentido prazeroso) para essas mulheres e é com a elas que a saúde pública – enquanto instância coletiva do processo saúde/doença e serviços de atendimento públicos – deve se preocupar. Nenhum desses abortos é justificado como necessidade estética da mulher, de liberdade empresarial, ou qualquer outra justificativa de visão liberal – aqui (nesse país) e agora (nesse momento histórico) as mulheres abortam majoritariamente regidas pelo trágico e não pela liberdade “prazerosa” das escolhas. Como o próprio Sartre⁴² escrevia, nós humanos estamos “condenados à liberdade” e, portanto, à responsabilidade com as escolhas – porém a “condenação” no caso do aborto trágico é demasiadamente pesada para aquelas mulheres que o fazem.

A Universidade Federal de Santa Catarina tem, pois, o dever de compreender esse cenário perverso da barbárie e de ajudar a construir uma nova saída para o trágico, que necessariamente envolva menos sofrimento e que caminhe, na medida do possível, para a resolução definitiva do trágico. A Medicina – em especial, a Ginecologia-Obstetrícia – não pode mais assumir uma visão tecnicista (“microscópico médico”) ou mesmo clínica (individual) do fenômeno coletivo chama-

do de aborto, nem tampouco assumir a perversidade de resolver o trágico pela indiferença a ele (previsão sombria de Kafka), ou seja, fugir ao enfrentamento das mazelas produzidas pelas relações de assimetria sócio-econômicas, opressões de gênero, etc, virando-lhe as costas e desumanizando suas vítimas – tornado-as desmerecedoras do gênero humano e, portanto, de igualdade e de respeito.

Uma lei capaz de garantir um acesso ao aborto seguro (sem riscos à integridade física da mulher e que amenize seu sofrimento) deve ser compreendida como um passo processual e civilizatório para esse país – marcado pelas mortes e mutilações, onde o corpo feminino do aborto trágico é um testemunho. Ainda que o caminho tenha como horizonte a velha máxima de Rosa Luxemburgo é necessário lembrar Paulo Freire⁴³ “só se chega lá, partindo de cá”. E se o nosso “cá” (Brasil atual) precisa de muita força civilizatória para vencer a barbárie e chegar “lá” (futuro da máxima positiva de Luxemburgo), o nosso caminho passa também pelo terreno das conquistas parciais com graus variáveis de teor civilizatório (reformas), mas é preciso ter clarividência para entender que sem mudanças sociais profundas o aborto sempre será um ato trágico, com ou sem sequelas físicas, pois ainda será uma forma de negação da humanidade. Portanto, nesse “lá” não haverá sub-vidas, aliás não haverá motivo para qualificar a vida dessa maneira, pois todas serão plenas (sem assimetrias sociais, sem injustiças, sem opressões – inclusive de gênero – sem explorações), recheadas de valores generosos. Kosik³⁸ nos questiona se a humanidade será capaz de criar uma outra saída para o trágico que não o da via clássica grega (dilema da dor e do sofrimento) ou da previsão sombria de Kafka (indiferença ao trágico). Esse lá (socialismo) ao qual nos referimos é o grau máximo do civilizatório e é exatamente essa a resolução coletiva (outra saída) que queremos para o trágico – o seu fim social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monteiro MFG, Adesse L. Magnitude do Aborto no Brasil: Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Ipas, 2007. Disponível em www.ipas.org.br/arquivos/pesquisas/factsh.PDF
2. Ministério da Saúde/DATASUS, Sistema de Informações sobre mortalidade – SIM [acesso em 2008 Abr 26]. Disponível em www.datasus.gov
3. Ministério da Saúde. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. 2ª edição. Brasília, 2002.
4. The Alan Guttmacher Institute. Aborto clandestino: uma realidade latino-americana. New York: The Alan Guttmacher Institute; 1994.
5. Demo P. Intelectuais e vivaldinos – da crítica acrítica. São Paulo: Almed; 1982.
6. Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo: Hucitec; 2004.
8. Marx K, Engels F. A ideologia alemã. 9ª edição. São Paulo: Hucitec; 1993.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Konder L. Marxismo e alienação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1965.
11. Código penal: decreto lei nº 2848 de 7 dez 1940. 34ª edição. São Paulo: Saraiva; 1996.
12. Soares GS. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e significados. Cad. Saúde Pública [acesso em 2006 Jun 6]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800021&lng=pt&nrm=iso
13. Talib RA, Citeli MT. Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros, (1989-2004). São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2005.

14. Loureiro DC, Meloni VE. Aborto: conhecimento e opinião de médicos dos serviços de emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais. Cad. Saúde Pública [acesso em 2006 Jun 6]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000300004&lng=pt&nrm=iso.
15. Lima CA et al. Violência faz mal à saúde. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Pereira IG, Nunes MJR, Jurkewicz RS, Pimentel S, Pandjarian V, Frigério V. Aborto Legal: implicações éticas e religiosas. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir; 2002.
17. Norma Técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
18. Norma Técnica: atenção humanizada ao abortamento. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
19. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001.
20. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft NJ, Olivatto AE, Simoneti RM. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras sobre o aborto induzido. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [acesso em 2006 Jun 6]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000200002&lng=en&nrm=iso.
21. Oliveira EM de, Barbosa RM, Moura AAVM de, von Kossel K, Morelli K, Botelho LFF et al. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Rev. Saúde Pública. [acesso em 2007 Jul 8]. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300007&lng=pt&nrm=iso
22. Panorama do Aborto Legal no Brasil. São Paulo: Católicas pelo Direito de Decidir, 2006.
23. IBOPE/CDD-Br. Pesquisa de opinião pública: legislação sobre aborto legal e serviços de atendimento: conhecimento da população brasileira. IBOPE; 2006.

24. Alambert Z. Feminismo: o ponto de vista marxista. 1ª edição. São Paulo: Nobel, 1986.
25. Ávila MB. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S465-S469, 2003.
26. Marx K. Sobre o Suicídio, 1881-1883. Tradução Rubens Enderle e Francisco Fontanella. 1ª edição. São Paulo: Boitempo, 2006.
27. Therborn G. Sexo e poder: a família no mundo, 1900-2000. Tradução Elisabete Dória. 1ª edição. São Paulo: Contexto; 2006.
28. Reich W. Psicologia de Massa do Fascismo. 1ª edição. Publicações escorpião, 1974.
29. Foucault M. Historia da sexualidade I: a vontade de saber. 14ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2001.
30. Vieira E.M. A Medicalização do Corpo Feminino. 1ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
31. Chauí M. Repressão sexual: essa nossa (des) conhecida. 1ª edição. São Paulo: brasiliense; 1984.
32. Marcuse H. Eros e Civilização. 4ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
33. Foucault M. O Nascimento da Clínica. 6ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.
34. Barata RB. Epidemiologia clínica: nova ideologia médica?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12(4): 555-560, Out-Dez, 1996.
35. Torres JH. Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual: perguntas e respostas para profissionais de saúde. 1ª edição. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
36. Felipe S. Portaria nº 1.508 de 1º de setembro 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
37. Freitas F, Costa S, Ramos J, Magalhães J et al. Rotinas em Obstetrícia. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

38. Kosik K. O Século de Grete Sansa: sobre a possibilidade ou a impossibilidade do trágico no nosso tempo. Tradução Leandro Konder. Rio de Janeiro: Instituto de Letras da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1995.
39. Pedro J. Práticas proibidas: práticas costumeiras de aborto e infanticídio no século XX. 1ª edição. Florianópolis: Cidade Futura, 2003.
40. Loureiro IM. Rosa Luxemburg: os dilemas da ação revolucionária. 2ª edição. São Paulo: Unesp/Fundação Perseu Abramo; 2003.
41. Lowy M. Método dialético e teoria política. 4ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
42. Sartre J.P. O Ser e o Nada: Ensaio de ontologia fenomenológica. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
43. Freire P. Entrevista concedida à TV PUC. São Paulo: TV PUC, 1997.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de Novembro de 2005.

ANEXOS

Anexo I

Óbitos Maternos - Brasil						
Óbitos p/Residênc por Grupo CID10 e Região						
Período:2005						
Grupo CID10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]	1	6	25	7	2	41
Síndrome comportamental associada a disfunção fisiológica fat física	0	2	0	0	0	2
Gravidez que termina em aborto	20	36	55	26	13	150
Edema proteinúrico transplacentar hipertensão grave parto puerperal	54	162	131	35	32	414
Outro transplacentar relação predominante com a gravidez	5	21	22	12	9	69
Assistência mãe ligados feto cavidade amniótica problema parto	11	48	42	10	7	118
Complicações do trabalho de parto e do parto	36	92	74	35	17	254
Complicações relação predominante com puerpério	28	74	65	32	18	217
Outras afecções obstétricas NCOP	26	179	63	59	28	355
Total	181	620	477	216	126	1620

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Óbitos Maternos - Brasil						
Óbitos p/Residênc por Grupo CID10 e Região						
Tipo causa obstétrica: Morte materna obstétrica direta						
Período:2005						
Grupo CID10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Síndrome comportamental associada a disfunção fisiológica fat física	0	2	0	0	0	2
Gravidez que termina em aborto	20	36	55	26	13	150
Edema proteinúrico transplacentar hipertensão grave parto puerperal	52	158	121	32	31	394
Outro transplacentar relação predominante com a gravidez	5	14	21	12	7	59
Assistência mãe ligados feto cavidade amniótica problema parto	11	48	42	10	7	118
Complicações do trabalho de parto e do parto	36	92	74	35	17	254
Complicações relação predominante com puerpério	28	74	65	32	18	217
Total	152	424	378	147	93	1194

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Óbitos Maternos - Brasil Óbitos p/Residênc por Categoria CID10 e Região Grupo CID10: Gravidez que termina em aborto Período:2005						
Categoria CID10	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
O00 Gravidez ectopica	9	6	16	4	4	39
O01 Mola hidatiforme	0	3	2	0	1	6
O02 Outr produtos anormais da concepcao	3	3	1	2	0	9
O03 Aborto espontaneo	0	2	4	3	1	10
O05 Outr tipos de aborto	0	2	7	2	0	11
O06 Aborto NE	6	17	19	8	3	53
O07 Falha de tentativa de aborto	2	3	6	7	4	22
Total	20	36	55	26	13	150

NE = não especificado

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Internações por Região Proced Obstétrico: Abortamentos Período:2007	
Região	Internações
Região Norte	24672
Região Nordeste	77917
Região Sudeste	83275
Região Sul	21249
Região Centro-Oeste	15439
Total	222552

Fonte:Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Anexo II

Pesquisa como requisito para a conclusão do Curso de Graduação em Medicina: “PERCEPÇÕES DOS DOCENTES GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTERRUPÇÃO LEGAL DA GRAVIDEZ”.

Acadêmica: Simone da Cunha Heineck

Questionário semi-estruturado.

DECRETO-LEI Nº 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

Aborto necessário

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

Aborto no caso de gravidez resultante de estupro

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

- 1- O Código Penal de 1940 (art.128) traz como permissivos da lei a possibilidade de interromper a gestação em caso de risco de vida da mulher e nas situações decorrentes de estupro. Qual a sua opinião sobre a interrupção da gravidez prevista em lei (Aborto Legal) no Brasil?
- 2- Após 50 anos da lei, foi inaugurado o primeiro serviço de Aborto Legal e até 2004 existiam em todo país apenas trinta e sete serviços (fonte: Talib, Rosângela Aparecida Dossiê: serviços de aborto legal em hospitais públicos brasileiros (1989-2004), São Paulo, 2005). Como o Sr/Sra avalia o atendimento às mulheres em situação de abortamento legal?
- 3- Santa Catarina foi o último Estado da Região Sul a ter um Serviço de Aborto Legal. O HU-UFSC iniciou o atendimento em 2002 e, até 2007, foram realizadas sete interrupções decorrentes

de estupro e várias outras por risco de vida materna (fonte: Divisão de Tocoginecologia do HU).

Você acha que o serviço está funcionando adequadamente?

4- Na sua opinião, as mulheres em situação de gravidez decorrente de estupro têm conhecimento do direito à interrupção legal da mesma?

5- Quais as dificuldades/empecilhos para a implementação do serviço de Aborto Legal nos hospitais públicos brasileiros, na sua opinião?

6- Dentre as duas possibilidades previstas em lei (risco de vida materna e estupro), na sua opinião há diferença na forma como os Ginecologistas/Obstetras encaram essas situações? Por quê?

7- No caso de uma paciente procurar o Sr/Sra com história de gravidez decorrente de estupro e desejo de interromper a mesma, qual a sua conduta?

8- Como o Sr/Sra avalia a abordagem do tema Aborto Legal no curso de graduação em Medicina?

9- A exemplo de outros países, onde o aborto é tratado como um direito inerente à cidadania feminina, o Sr/Sra acha que o mesmo deveria acontecer no Brasil? Por quê?

10- Espaço aberto para comentários.

Anexo III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CURSO DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada: “PERCEPÇÕES DOS DOCENTES GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTERRUPTÃO LEGAL DA GRAVIDEZ”, tem como objetivo perceber as avaliações e compreensões que os docentes apresentam em relação à interrupção da gravidez prevista em lei. Para captar essas percepções será usada uma entrevista semi-estruturada para que ao final da pesquisa possamos identificar significados, avaliações positivas e negativas, avanços, limitações e obstáculos para o cumprimento do aborto previsto em lei, quais as dificuldades para a implementação do serviço nos hospitais públicos e avaliar a abordagem desse tema no curso de Medicina. Um estudo dessa natureza poderá contribuir para o aprofundamento da discussão e reflexão sobre abortamento legal no Brasil entre os docentes e estudantes de Medicina.

As entrevistas serão realizadas com o auxílio de um gravador de áudio manual, após seu término procederemos às análises dos dados com o intuito de produzir uma síntese dos mesmos, não havendo nenhum risco ou desconforto para os entrevistados. Somente os pesquisadores terão acesso ao material de áudio coletado. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos, no entanto, serão utilizados nomes fictícios para identificação dos entrevistados, podendo os mesmos retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo moral, ético, financeiro, etc., bastando comunicar aos pesquisadores através de quaisquer canais de comunicação dados abaixo.

Os pesquisadores envolvidos e responsáveis:

Simone da Cunha Heineck E-mail: simoneheineck@gmail.com

Orientadora: Clair Castilhos Coelho E-mail: clair.castilhos@gmail.com

Consentimento pós-informação:

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “PERCEPÇÕES DOS DOCENTES GINECOLOGISTAS/OBSTETRAS DA UFSC SOBRE INTERRUPTÃO LEGAL DA GRAVIDEZ” e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo que meus dados sejam utilizados na realização da pesquisa:

1- A garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca do estudo.

2- A liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga nenhum prejuízo.

3- A garantia de que não terei gastos financeiros com o estudo.

_____ (assinatura do docente)

Florianópolis, ____ de _____ de 2007.